

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N.
323

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 7 mai 1904, à 1 heure

PAR

A. MARTIN

VALEUR COMPARÉE

DU

Traitement médical et du traitement chirurgical

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

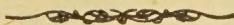
CHEZ L'ENFANT

RÉSULTATS DE LA CURE MARINE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : } MM. CHAUFFARD, { agrégés.
 } MÉRY et GOUGET, {*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		N...
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSF.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
Clinique médicale.	}	N....
Maladies des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	}	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GAUCHER.
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.
Clinique gynécologique		TERRIER.
Clinique chirurgicale infantile		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Professeurs honoraires: MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DUPLAY

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté: M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR MÉRY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant notre stage à l'hôpital des Enfants-Malades nous avons été frappé des résultats obtenus dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant par le traitement médical. Comme ce traitement est une des questions le plus à l'ordre du jour, nous nous sommes proposé, sur les conseils de M. le docteur MÉRY, de passer en revue les différentes méthodes qui ont été proposées pour mener à bien la guérison de cette affection.

Au cours de cette étude, nous étudierons les diverses formes cliniques que peut présenter la péritonite tuberculeuse, nous exposerons ensuite la technique du traitement chirurgical et du traitement médical ; à propos de chacun d'eux nous discuterons les résultats obtenus par son application. Nous chercherons enfin à dégager de cette discussion les indications de l'un ou de l'autre dans les différentes formes de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

Avant de nous engager dans notre sujet, nous tenons à remercier bien sincèrement nos Maîtres auxquels

nous sommes redevable de notre éducation médicale.

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le D^r MÉRY qui nous enseigna la pratique des maladies infantiles et voulut bien nous aider de ses conseils et de son expérience.

Que M. le professeur PINARD qui nous apprit l'art des accouchements veuille bien agréer l'expression de nos sentiments de sincère gratitude.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le D^r MÉNARD, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer qui a bien voulu nous communiquer plusieurs observations de cure marine.

Nous ne saurions oublier les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Tours qui, dans les études médicales, ont guidé nos premiers pas. Que MM. les D^{rs} MEUNIER, LAPEYRE, HÉRON, ARCHAMBAULT reçoivent l'assurance de notre plus parfaite reconnaissance.

Que M. le Professeur HUTINEL qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

La péritonite n'existait pas comme entité morbide avant que Bichat n'eût fait ses travaux sur les membranes séreuses ; c'est lui qui, le premier, sépara cette maladie de la gastrite et de l'entérite avec lesquelles elle était confondue jusqu'alors. Après lui, on en décrit deux formes : une péritonite aiguë et une péritonite chronique ; et lorsque les travaux de Louis et de John Baron eurent fait connaître le rôle des tubercules dans la péritonite, Chomel, Grisolle, Empis s'attachèrent à montrer que presque toutes les péritonites chroniques étaient de nature tuberculeuse.

Une réaction se fit cependant contre cette opinion par trop exclusive. En 1878, Tapret émet quelques doutes sur son exactitude. Mais c'est surtout Lanceaux et son élève Delpeuch qui ont réagi contre cette assertion. Toutefois maintenant les auteurs reviennent à la première explication et, pour M. Marfan, chez l'enfant la péritonite chronique est due presque toujours,

pour ne pas dire toujours, à une tuberculose du péritoine.

Le pronostic de cette affection était alors regardé d'une extrême gravité, la tuberculisation du péritoine se terminant toujours par la mort. Mais cette gravité du pronostic tenait à ce qu'on ne connaissait que la forme de tuberculose péritonéale chronique décrite par Grisolle. Les formes bénignes, comme celle qu'avait décrite Wolf en 1828 : *Sur une forme particulière d'hydropisie ascite chez les enfants*, et qui fut plus tard désignée sous le nom d'ascite essentielle des jeunes filles par Cruveilhier, étaient écartées du cadre de la péritonite tuberculeuse. Cependant Hemey, Guéneau de Mussy insistèrent sur l'importance que pouvait prendre l'ascite au début de certaines péritonites tuberculeuses. M. Bucquoy signa'a de même cette ascite considérable, libre dans la cavité abdominale. Il réagit contre le pronostic si grave porté dans cette affection et présenta de nombreux exemples de guérison.

L'erreur de Spencer Wells qui, en 1862, croyant opérer un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et obtint ainsi la guérison, eut pour résultat de compléter l'histoire de cette maladie en y faisant entrer les ascites dites essentielles. Mais résultat bien plus grand encore, le pronostic si sombre jusqu'ici devint presque bénin et, pendant plusieurs années, le traitement chirurgical fut considéré comme le seul traitement rationnel de cette affection. En 1880, les ponctions suivies ou non d'injections modificatrices commencèrent à

supplanter la laparotomie. Puis la constatation de guérisons spontanées obtenues bien que l'intervention chirurgicale eut été conseillée et regardée comme indispensable, fit évoluer la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse vers un traitement purement médical basé sur le séjour à l'air, au repos et sur une alimentation appropriée. Enfin l'envoi des enfants au bord de la mer après l'opération et leur rétablissement rapide ayant attiré l'attention sur la cure marine, celle-ci fut essayée comme mode de traitement. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour ont été reconnus aussi bons, sinon supérieurs à tous ceux obtenus jusqu'à maintenant par les autres moyens.

Avant de nous étendre sur ce dernier mode de guérison, nous passerons en revue les diverses formes cliniques de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant ; nous chercherons le plus ou moins de gravité de leur pronostic ; nous examinerons et comparerons enfin les différentes sortes de traitement.

FORMES CLINIQUES DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Nous pouvons tout d'abord diviser la péritonite tuberculeuse en deux grandes classes : les formes localisées et les formes généralisées.

Les formes localisées ne sont pas très fréquentes chez l'enfant. Elles sont le plus souvent associées à une tuberculose plus ou moins généralisée à tout le péritoine dont elles représentent quelquefois la lésion initiale, mais dans le plus grand nombre des cas la localisation prédominante. On peut les diviser en formes plastiques ou fibro-adhésives, et en formes suppurées enkystées. Les premières offrent deux localisations principales : la pérityphlite tuberculeuse, et la pelvipéritonite ; parfois le grand épiploon est le siège maximum des lésions et forme une véritable tumeur tuberculeuse. Les formes suppurées enkystées peuvent former un véritable abcès bien limité siégeant parfois autour du cœcum et de l'appendice ; chez l'enfant la

collection purulente apparaît surtout au niveau de l'ombilic ; c'est la péritonite suppurée enkystée de la région ombilicale spéciale à l'enfance.

Les formes généralisées se présentent sous deux types bien distincts : la forme aiguë et la forme chronique.

La forme aiguë comprend plusieurs modes de début ; tout d'abord on trouve la péritonite aiguë généralisée par perforation survenant chez un malade atteint d'entérite tuberculeuse avec ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et dont la terminaison est fatale. Bien que cette péritonite, dit M. Dieulafoy, ne soit pas tuberculeuse au vrai sens du mot puisqu'elle est due non pas au bacille tuberculeux, mais aux agents virulents qui sont passés de l'intestin dans le péritoine, il n'en est pas moins vrai que c'est la lésion tuberculeuse de l'intestin qui a été la cause de la perforation. Ce cas est rare, et les ulcérations bacillaires de l'intestin arrivent très rarement à la perforation.

Mais la forme aiguë la plus commune est celle appelée tuberculose miliaire généralisée ou granulie péritonéale, survenant chez un sujet porteur d'un foyer latent de bacillose ou qu'on ne sait pas atteint de bacillose. Dans ces cas la localisation péritonéale passe le plus souvent inaperçue au milieu des autres symptômes de la granulie, symptômes simulant souvent la fièvre typhoïde ou la méningite. Parfois cependant les symptômes abdominaux par leur intensité attireront l'attention, et le météorisme, l'ascite, les vomissements porracés et aussi les douleurs abdominales et vésicales

accompagnées de rétention d'urine permettront de reconnaître que le péritoine est atteint.

Cette forme de granulie avec généralisation au péritoine est toujours mortelle ; mais à côté de celle-ci s'en trouve une autre bien étudiée dans ces dernières années et exposée avec netteté par M. Méry dans son travail sur la péritonite tuberculeuse : nous voulons parler de la péritonite aiguë simulant l'appendicite. Elle a été observée assez fréquemment chez l'enfant, elle n'est pas fatalement mortelle et se présente avec des symptômes rappelant soit l'appendicite suraiguë avec péritonite septique par perforation, soit l'appendicite avec péritonite localisée. Dans le premier cas, les symptômes sont ceux de la péritonite aiguë : vive douleur dans l'abdomen avec maximum d'intensité dans le flanc droit, météorisme, vomissements, facies grippé, anxieux. Dans le deuxième, les accidents sont moins tapageurs et le pronostic beaucoup plus favorable.

Une dernière forme de péritonite aiguë ou plutôt subaiguë est celle prenant son origine dans une tuberculose plus ou moins avérée du poumon et envahissant successivement la plèvre et le péritoine. C'est la tuberculose miliaire pleuro-péritonéale subaiguë de Fernet et Boulland que l'on observe rarement chez les enfants ; elle est curable par les seuls moyens médicaux ainsi qu'en est la preuve l'observation de Bucquoy.

La forme chronique de la péritonite tuberculeuse est plus commune que la forme aiguë. C'est une affection fréquente surtout dans la seconde enfance ; elle serait

rare avant trois ans et son maximum de fréquence serait entre six et douze ans. M. Méry constate que les auteurs américains ont observé un assez grand nombre de cas entre un an et demi et quatre ans ; il est étonné de cette constatation en contradiction avec ce que l'on sait de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, et déclare être d'accord avec M. Marfan qui la croit fréquente surtout dans la seconde enfance.

Cette affection paraît aussi commune dans les deux sexes, cependant les filles semblent peut-être un peu plus atteintes que les garçons.

Pour expliquer la localisation de la tuberculose au péritoine, diverses théories ont été émises, mais aucune n'est arrivée à donner entière satisfaction. La plupart des théories invoquées jusqu'ici expliquent facilement par quelles voies le virus atteint le péritoine dans les cas appelés, en se plaçant au point de vue étiologique, péritonites tuberculeuses secondaires, c'est-à-dire consécutives à une lésion tuberculeuse existant déjà dans un autre organe, mais elles ne sont plus applicables aux cas de tuberculoses atteignant primitivement la séreuse péritonéale.

Tout d'abord une première théorie a fait dériver l'infection du péritoine de son invasion par les virus venant d'un intestin déjà atteint de tuberculose ; mais les lésions tuberculeuses de l'intestin ne sont pas fréquentes chez les sujets porteurs de tuberculose péritonéale et, d'autre part, combien voyons-nous de gens ayant une entérite bacillaire qui, malgré cela, ne pré-

sentent aucun symptôme ni aucune lésion appréciable du côté de leur péritoine.

Dans certains cas on a attribué la contamination péritonéale à la dégénérescence caséuse des ganglions mésentériques ; ce doit être un mode d'infection peu commun et quine pourrait se produire que par rupture d'un ganglion abcédé. Quelquefois on a pu faire intervenir la dégénérescence caséuse des ganglions iliaques ainsi que le montrent deux observations rapportées, l'une par M. Lannelongue, l'autre par M. Lejars.

Une forme de propagation de la tuberculose au péritoine qui peut-être pourrait expliquer la plus grande fréquence de cette affection chez les filles est celle consécutive à la tuberculose des organes génitaux. En effet beaucoup de cas publiés chez ces enfants sont postérieurs à une salpingite tuberculeuse et affectent la forme ascitique.

Plus souvent le début a été marqué par une tuberculose pleurale se communiquant de la plèvre au péritoine à travers le diaphragme, et l'affection pleurale aurait rétrocedé ultérieurement, le péritoine restant seul atteint ; mais, d'après la statistique de Kœnig, dans la moitié des cas de péritonite tuberculeuse, on ne pourrait déceler la tuberculose pleurale ; de même Péron a insisté sur la rareté de la transmission de la plèvre au péritoine.

Telles sont les diverses théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de la péritonite tuberculeuse secondaire ; elles ne peuvent s'appliquer à la tuberculose primitive. Pour expliquer cette dernière, il

faut bien admettre une porte d'entrée pour l'infection de la séreuse. Pour les uns, comme M. Marfan, l'infection dans la plupart des cas serait partie d'un foyer tuberculeux situé en une région quelconque de l'organisme, foyer que son état latent et son peu de réaction sur le sujet n'auraient pas permis de mettre en lumière, et aurait atteint le péritoine par la voie sanguine. Pour les autres, les lésions intestinales inappréciables, bien qu'existantes, entretiendraient l'infection ou même les leucocytes servant de véhicules aux bacilles de Koch favoriseraient leur migration de l'intestin au péritoine. M. Méry en présence de la fréquence de la tuberculose péritonéale comparée à la rareté relative de la pleurésie tuberculeuse chez l'enfant, cherche à expliquer cette prédilection pour le péritoine, et en trouve la raison dans les circonstances, qui favorisent l'infection tuberculeuse par voie digestive chez l'enfant, c'est-à-dire dans la contamination par le lait.

Une fois les produits tuberculeux arrivés au péritoine, que ce soit par n'importe laquelle des voies énumérées plus haut, la péritonite tuberculeuse s'installe, présentant d'abord une légère phase aiguë plus ou moins longue qui provoque une phlegmasie exsudative de la séreuse, puis rapidement la péritonite se généralise, devient chronique ; l'inflammation de la séreuse se traduit par de l'ascite. Si les granulations tuberculeuses poursuivent leur évolution et subissent la dégénérescence caséuse, la maladie présente un nouvel aspect, c'est alors la forme fibro-caséuse qui survient ; cette forme, tout en étant plus grave que la précédente, gué-

rit encore assez souvent surtout chez l'enfant. Lorsque cette forme fibro-caséreuse tend vers la guérison, les granulations subissent alors la transformation fibreuse et peuvent même disparaître à peu près complètement des néo-membranes de la forme précédente qui se sont soudées ; si cette sclérose curative arrive à atteindre une grande intensité, elle deviendra par elle même un danger sérieux car elle pourra, par suite du caractère contractile des adhérences formées, amener l'atrophie des organes contenus dans l'abdomen : foie, rate, intestin, organes génitaux.

La péritonite tuberculeuse chronique comprend donc, d'après ce que nous venons de dire, trois ordres de lésions : tout d'abord un épanchement péritonéal plus ou moins abondant, puis des lésions caséuses, fibro-caséuses qui, si le processus de fonte tuberculeuse l'emporte sur le processus plastique, pourront devenir ulcéro-caséuses, enfin des lésions fibro-scléreuses, fibro-adhésives qui constituent un processus cicatriciel à tendance curative, dépassant parfois le but en créant des adhérences vicieuses.

Ces trois ordres de lésions se retrouvent dans toute péritonite tuberculeuse chronique et y sont combinés en proportions variables. Mais l'une de ces lésions l'emportant sur les autres imprime à la maladie un caractère particulier, d'où les trois formes suivantes de péritonite tuberculeuse chronique : 1° la forme ascitique, 2° la forme fibro-caséreuse, appelée aussi ulcéro-caséreuse, enfin la forme fibro-scléreuse, fibro-adhésive, forme de guérison.

Nous allons passer en revue ces différents modes de péritonite, en faisant ressortir les symptômes particuliers à chacun.

La forme ascitique de la péritonite tuberculeuse chronique était connue depuis longtemps, mais on en avait fait une maladie n'ayant rien de commun avec la tuberculose. Elle avait été décrite par Cruveilhier sous le nom d'ascite essentielle des jeunes filles ; elle n'est cependant pas particulière à celles-ci car on la trouve également chez les garçons. Cette ascite essentielle relève ordinairement de la tuberculose du péritoine, et cette assertion a été confirmée par la laparotomie ainsi que l'a montré Bouilly. A l'ouverture du péritoine on trouvait un liquide abondant, citrin, transparent, libre dans la cavité péritonéale ; sur le péritoine injecté, dépoli, un semis de granulations tuberculeuses, grisâtres, jaunâtres, superficielles ou enchâssées dans la paroi.

Cette forme débute généralement brusquement, d'une façon aiguë, avec une température entre 38 et 39 degrés. L'enfant présente un certain degré d'amaigrissement, sa face est pâle, il se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen, douleurs présentant parfois une exacerbation sous forme de coliques. Les selles fréquentes sont peu abondantes, liquides ou plutôt demi-molles et décolorées. Ce début s'accompagne de nausées, parfois de vomissements. Le ventre se ballonne, augmente de volume ; dans les parties déclives la percussion révèle les signes d'un épanchement ascitique qui augmente peu à peu. M. Marfan, dans une de ses cliniques, insiste

sur deux particularités : développement lent et insidieux d'une ascite typique, sans dilatation veineuse, et froissements pleuraux perceptibles aux deux bases du thorax, quelquefois même un peu d'épanchement.

Puis les phénomènes généraux disparaissent complètement au bout de quelques semaines, et l'ascite seule persiste, augmentant de volume petit à petit et arrivant à atteindre dans certains cas jusqu'à trois et quatre litres. Cette ascite est absolument libre, le petit malade présente un ventre globuleux, moins étalé que dans l'ascite inflammatoire, avec l'ombilic déplissé. A la percussion l'ascite offre une zone de matité à concavité tournée en haut, cette matité se déplace suivant que le malade se couche sur l'un ou l'autre côté. Cette ascite évolue de deux manières ; dans bien des cas il se fait une résorption graduelle soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement hygiénique et l'enfant guérit sans présenter d'épaississement du péritoine. Dans d'autres cas l'épanchement se complique d'apparition dans l'abdomen de tuméfactions limitées, et la forme ascitique n'a été que la première étape de la forme fibro-caséuse ou fibro-adhésive.

L'examen des urines fera reconnaître l'existence de l'indican signalé comme presque constant par M. Marfan.

Le diagnostic de cette forme est souvent fort difficile ; on devra s'appuyer sur le début fébrile et douloureux qui manque dans les autres variétés d'ascite ; et surtout sur la recherche du bacille de Koch dans le liquide.

La forme fibro-caséeuse de la péritonite tuberculeuse est la forme vulgaire autrefois seule connue et si bien décrite par Grisolle. Elle succède presque toujours à la forme ascitique ; le liquide péritonéal perd sa mobilité, diminue, s'enkyste, puis se cloisonne. Le ventre est toujours volumineux, les veines cutanées largement dilatées le sillonnent en tous sens. Au palper, on sent l'abdomen inégal, empâté, résistant ; la peau qui le recouvre est lisse, tendue, sèche, elle ne glisse plus sur les intestins ; la main perçoit en différents endroits, notamment dans les fosses iliaques, des masses dures, véritables gâteaux péritonéaux. Ces masses, au voisinage de l'ombilic en particulier, se présentent sous la forme d'une corde tendue d'un hypochondre à l'autre, répondant à l'infiltration tuberculeuse du grand épiploon et à laquelle Velpeau et Aran ont donné le nom de corde épiploïque. La palpation peut parfois encore faire percevoir de véritables frottements péritonéaux qui donnent une sensation comparable au froissement de la neige, à la crépitation amidonnée. La percussion par suite du cloisonnement du liquide péritonéal permet de percevoir des zones de matité et de sonorité juxtaposées et séparées par des lignes sinueuses.

Les seuls troubles digestifs à peu près constants sont des alternatives de diarrhée et de constipation qui s'accroissent au moment des poussées aiguës ; lorsque la maladie fait des progrès vers la cachexie, la diarrhée s'installe définitivement. Alors la dégénérescence caséuse s'accroît, des ulcérations se produisent et la fièvre réapparaît. L'enfant pâlit, maigrit, cet amaigris-

sement du corps fait contraste avec le volume énorme du ventre ; le petit malade présente des sueurs, de l'œdème des membres inférieurs, la cachexie s'établit définitivement, la fièvre hectique s'empare de l'enfant, la pâleur et l'amaigrissement s'accroissent encore ; parfois il existe de l'anasarque. Les vomissements sont incessants, la diarrhée résiste à toute médication et la mort est la terminaison fatale de cette cachexie intense.

A l'autopsie, on n'aperçoit parfois aucun viscère à cause des fausses membranes qui les recouvrent. Ces membranes sont formées d'un tissu gris-noirâtre très dur, très résistant, on peut y retrouver des granulations tuberculeuses à divers stades et des masses caséeuses. Le péritoine, le méso-côlon, le mésentère, le grand épiploon sont épaissis ; cet épaississement tient à l'infiltration séro-purulente, au tissu tuberculeux embryonnaire qui siège entre les feuillets de ces membranes. Le grand épiploon épaissi et œdémateux forme une corde transversale résistante qu'on sent fort bien pendant la vie, c'est la corde épiploïque de Velpeau. Des adhérences existent entre les viscères et les feuillets péritonéaux, entre l'épiploon et l'intestin. Les anses de l'intestin sont agglutinées, accolées par des fausses membranes ; en séparant les adhérences on voit entre ces anses de petites cavernes remplies de sérosité, de pus mélangé à des matières fécales, parfois de matières caséeuses. Les intestins sont parsemés de granulations tuberculeuses ; les autres organes de l'abdomen présentent souvent des tubercules.

La forme fibro-adhésive de la péritonite tuberculeuse

peut être la terminaison de la forme ascitique, aussi bien aux formes aiguës qu'aux formes chroniques, elle est plus souvent l'aboutissant de la forme fibro-caséuse, son mode de guérison ; dans cette forme l'ascite a complètement disparu ; la percussion fait encore constater des zones de sonorité et de matité placées irrégulièrement ; la palpation permet de sentir des masses plus dures que dans la forme précédente. Au devant du rachis on a la sensation d'un peloton immobile formé par la masse intestinale. Par suite de la rétraction qui en résulte, le ventre se creuse en bateau. Il y a une symphyse pariéto-viscérale et péritonéale qui entraîne des troubles fonctionnels tels que : douleur dans les mouvements d'extension du tronc, attitude courbée des malades. L'état général apyrétique peut rester longtemps satisfaisant, mais la symphyse du péritoine amène plus tard des troubles digestifs et des troubles de nutrition. Les phénomènes de compression sont plus accentués que dans la péritonite fibro-caséuse et c'est dans cette forme que l'on peut observer l'atrophie de l'intestin, du foie et de la rate.

Le diagnostic sera fait en se basant sur l'aspect du sujet, sur le cloisonnement de l'ascite, sur la sensation de corde épiploïque ou de gâteaux péritonéaux. Parfois il sera fort difficile d'affirmer le diagnostic ; les paquets de fausses membranes, les amas d'anses intestinales agglutinées pourront simuler une tumeur solide ; il faudra alors remonter au début de la maladie, en suivre l'évolution pour se mettre en garde contre cette cause d'erreur.

La péritonite tuberculeuse à ses différents stades peut présenter des complications. Dans les formes fibro-caséuses, l'infection secondaire peut amener le développement de collections purulentes enkystées, collections qui s'ouvriront ou dans l'intestin avec persistance probable d'une fistule ou dans le bassin par suite de la formation d'un phlegmon stercoral péri-ombilical. Dans les formes fibro-adhésives la rétraction des adhérences fera craindre des phénomènes d'occlusion et d'étranglement intestinal, tandis que la masse contenue dans la cavité abdominale sera un danger permanent pour les viscères qu'elle renferme et dont elle pourra amener la compression.

Maintenant que nous avons décrit les formes cliniques de la péritonite tuberculeuse, nous aborderons sans plus tarder leur traitement, nous réservant d'indiquer à propos de celui-ci, le pronostic plus ou moins grave de chacune d'elles.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Le traitement de la péritonite tuberculeuse nous présente à considérer différentes phases dont chacune est marquée par un mode de thérapeutique bien distinct. Tout d'abord nous éliminerons la période de début, période de traitement médical et médicamenteux pendant laquelle les succès obtenus étaient assez rares, et dont le résultat avait été de faire considérer le pronostic de cette affection comme des plus graves. Nous restons alors en présence de deux modes de traitement : en premier lieu, le traitement chirurgical dont les résultats excellents obtenus au début ont eu pour effet de modifier heureusement le pronostic ; ensuite le traitement médical qui, mieux compris et surtout hygiénique, a reconquis la place qu'il aurait dû toujours occuper à côté du traitement chirurgical, le supplantant souvent, le supplantant parfois. La transition entre ces deux manières de guérir a été marquée par l'emploi des ponctions suivies ou non d'injections

modificatrices jusqu'au jour où, sous la grande poussée du traitement de la tuberculose par l'air, le repos et l'alimentation, l'hygiène est venue en aide aux médecins.

Nous allons étudier successivement ces différents traitements et nous comparerons ensuite les résultats obtenus par chacun d'eux.

Le traitement chirurgical est né de l'erreur célèbre commise par Spencer Wells qui en 1862, voulant opérer un kyste de l'ovaire, fit une laparotomie et se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse chronique. Les suites de l'opération furent heureuses et la malade guérit. De même chez l'enfant les premières interventions chirurgicales furent le résultat d'erreurs de diagnostic. Ce n'est qu'en 1887 seulement que les premières laparotomies furent faites de propos délibéré.

La laparotomie consiste le plus souvent en une simple incision suivie de l'évacuation des liquides contenus dans la cavité péritonéale ; dans la forme ascitique simple, on se contente de cette intervention sans la faire suivre d'un lavage à l'eau bouillie ou à l'aide de solutions antiseptiques. Pour M. Jalaguier l'incision pure et simple est de beaucoup la meilleure opération. Dans les formes enkystées il est important de ne pas rompre les adhérences qui unissent les anses intestinales, car ces dernières sont tellement friables que la moindre traction pourrait déterminer une perforation. Si la cavité tuberculeuse est assez étendue, il est avantageux de la drainer ; dans les formes suppurées M. Jalaguier recommande avec M. Routier le drainage

avec la gaze, rejetant complètement le drain rigide qui peut favoriser une perforation intestinale. Lorsque la collection est profonde, le drainage devient parfois impossible et le succès est compromis.

Les accidents qui peuvent survenir après le traitement chirurgical sont la récurrence de l'épanchement dans la forme ascitique et la production de la fistule intestinale que nous avons déjà signalée en parlant des complications de la forme fibro-ulcéreuse. Pour remédier à la reproduction du liquide on a eu recours aux ponctions à l'aide de l'appareil de Potain; on a même proposé de faire de nouvelles laparotomies, ce sont les laparotomies itératives préconisées surtout par Galvagni d'Athènes.

On a remarqué que la laparotomie amenait des modifications telles que le processus tuberculeux se trouvait arrêté plus ou moins définitivement; mais on ne sait pas bien par quel mécanisme la guérison s'opère, il est probable que l'irritation péritonéale résultant de l'opération produit une péritonite légère adhésive qui étouffe l'ancienne affection.

Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale ont été au début excellents et ont fait passer le nombre des guérisons qui avant elle était nul à 88 pour 100. Cette proportion de succès s'explique en grande partie par la tolérance remarquable du péritoine malade vis-à-vis de la laparotomie. Dans la forme miliaire aiguë, les résultats sont nuls; Aldibert, dans les observations de péritonite tuberculeuse qu'il rapporte, cite pour cette forme : 1 cas opéré suivi de décès trois jours

après l'opération. Dans les autres formes, il donne :

Pour la forme ascitique subaiguë 6 cas, 1 décès soit 83,4 pour 100 de guérisons.

La forme ascitique chronique libre comprend 16 cas elle donne 1 décès par méningite au bout de quelques mois, 4 cas ont été revus après un délai d'un an, 93,8 pour 100 de guérisons.

La forme ascitique enkystée présente 9 cas tous guéris. Ainsi la forme ascitique donnerait au total 87,5 pour 100 de guérisons.

La forme fibro-adhésive a fourni 6 cas guéris.

La forme suppurée comprend 8 cas avec 7 guérisons mais aucun des malades n'a été suivi au-delà d'un an ; il est très important de tenir compte de ce fait qui permet d'apprécier plus exactement les chiffres un peu trop favorables donnés par Aldibert.

De même Legueu, dans la statistique qu'il a publiée en 1894 dans la *Semaine médicale*, donne pour la forme ascitique une moyenne comparable à celle fournie par Aldibert. Il aurait eu chez l'enfant 88 pour 100 de guérisons se décomposant comme suit :

Quarante opérations ayant donné 35 guérisons, dont 4 constatées après un an, une après deux ans et deux après quatorze ans. Chez l'adulte la moyenne aurait été moins élevée car, sur 131 cas, il aurait eu 99 guérisons dont 56 persistant après un an, et 25 après plus de deux ans, ce qui fait 73 pour 100 de guérisons. Sur la totalité des guérisons (enfants et adultes) il y aurait eu 17 récidives. Dans la forme fibro-adhésive il aurait eu 1 décès sur 6 cas, et dans la forme fibro-caséeuse 60 pour 100

de guérisons. Cependant cette dernière forme pour lui ne serait pas très justiciable de la laparotomie : « Les malades, dit-il, sont améliorés, mais tous ne sont pas guéris, et il faudrait suivre les malades pendant plusieurs années. » Terrier et Schwartz sont du même avis ; Jalaguier va plus loin et s'oppose à toute intervention dans cette forme, car il n'aurait vu aucun cas de guérison après l'opération. Monti de Vienne partage cette opinion et ne trouve le traitement chirurgical nécessaire que dans les formes ascitiques libres.

Mais après ces statistiques très favorables, l'écart entre le nombre d'opérés et le nombre de guérisons devient plus grand.

Schmitz, de Saint-Pétersbourg, a eu 8 opérés sur 32 malades ; sur les 8, 3 guérisons dans les formes récentes et 5 décès dans les formes ulcéro-caséeuses. L'auteur pense que dans ce cas l'opération a probablement accéléré l'évolution fatale.

Cassel rapporte 18 cas de péritonite tuberculeuse dont 13 observés longuement. Sur ces 13 cas, il y a eu 3 décès sans opération, 2 cas de guérison spontanée, 1 cas stationnaire et 7 cas opérés. Sur les 7 opérés, il y a eu 3 décès rapides après l'opération, 2 guérisons durant depuis 4 ans, 1 durant depuis 3 ans et 1 guérison récente.

Aux États-Unis, Morgan Rotch de Boston donne pour 62 cas de péritonite tuberculeuse 20 guérisons et 12 décès pour les malades opérés ; les 30 restant qui ne furent pas opérés auraient fourni 20 décès.

A. Caillié rapporte un total de 17 opérés sur lesquels

4 sont vivants et guéris, d'autres sont vivants et non guéris, d'autres sont morts.

Bottomley sur 28 opérés, a eu 11 morts, 11 guérisons et 2 cas améliorés.

De même Guthrie, dans un article récent où il s'insurge contre le traitement par la laparotomie, donne sur 41 cas traités à l'hôpital des Enfants de Paddington Green 14 cas opérés et 7 morts, les autres traités médicalement ne donnant que 4 décès. « La mort dans les cas soumis au traitement chirurgical est donc de 50 pour 100 ; sur les 4 décès obtenus par le traitement médical, 3 sont dus à une perforation intestinale, si on avait traité ces 3 malades par la laparotomie, leur mort n'aurait fait qu'augmenter le tant pour cent des décès chirurgicaux. »

Dans toutes les statistiques que nous venons de citer, il faut distinguer avec soin la guérison opératoire qui est presque constante, et la guérison définitive qui est beaucoup moins fréquente. En effet, les chiffres donnés jusqu'ici avaient trait à la guérison de la plaie faite par les chirurgiens, puisque la plupart des sujets n'étaient pas suivis au-delà d'un an. Ainsi Maurange qui en 1889 a rassemblé 71 cas de péritonite tuberculeuse traités chirurgicalement trouve comme succès opératoire la proportion de 83 pour 100, c'est-à-dire un chiffre à peu près égal aux moyennes données par Aldibert et Legueu, mais lorsqu'il examine de plus près les résultats, il ne trouve que 39,43 pour 100 de malades ayant été suivis plus d'un an sans trace de récurrence. Legueu, plus tard, dit aussi qu'il faut faire la

part des succès opératoires et que les opérés devraient être suivis plus longtemps. Les statistiques suivantes sont encore plus faibles. Frees donne 33 pour 100 de guérisons maintenues plus d'un an, Hirschfeld donne également le même chiffre ainsi que Kœnig, et c'est cette proportion que l'on retrouve dans la plupart des statistiques publiées par les auteurs qui ont recherché les guérisons définitives.

Nous voyons par cet exposé que les résultats les meilleurs sont obtenus dans la forme ascitique simple ; plus loin nous montrerons que c'est justement cette forme-là qui a donné le plus de succès au traitement médical, ce qui nous amènera à penser que l'intervention chirurgicale est probablement inutile. Peut-être soulage-t-elle le malade par l'évacuation du liquide épanché, mais peut-être aussi dans certains cas peut-elle activer la marche de l'affection en donnant un coup de fouet à l'infection, tel un traumatisme qui réveille un foyer latent de tuberculose ignoré jusque-là.

Dans la forme fibro-caséeuse, les statistiques sont moins brillantes, d'ailleurs les chirurgiens ne sont pas tous d'avis d'intervenir et beaucoup maintenant, comme M. Jalaguier, jugent l'opération inutile, voire même dangereuse. Les cas de collections enkystées sont justiciables de la laparotomie, bien que dans certains cas on ait vu persister des fistules longues à guérir et qui parfois ont amené la mort du sujet, en entretenant une suppuration intarissable et cachectisante.

La forme fibro-adhésive, mode de guérison naturelle de la péritonite tuberculeuse est celle qui contre-indi-

que le plus l'opération ; d'ailleurs les résultats dans cette forme sont peu encourageants. Leguen la donnait comme ne guérissant que dans un tiers des cas. Ce n'est que dans les cas d'occlusion intestinale ou d'étranglement dus à des adhérences que l'intervention chirurgicale sera vraiment utile.

Une première réaction se fit contre le traitement chirurgical par la laparotomie ; quel était donc son mode d'action ? On ouvrait l'abdomen par une incision, la cavité était vidée du liquide qu'elle contenait, ensuite les uns se contentaient de suturer sans rien de plus, alors que les autres ajoutaient à cette technique opératoire un lavage à l'eau bouillie ; quelques-uns enfin touchaient les parties malades avec du naphthol camphré ou insufflaient de l'iodoforme et, dans la plupart des cas les malades guérissaient. Pourquoi alors si la guérison semblait le résultat de l'évacuation du liquide, s'exposer aux suites d'une plaie opératoire, à une infection secondaire toujours à craindre ? N'était-il pas plus simple d'agir comme dans la pleurésie séro-fibrineuse et de ponctionner directement le ventre.

Aussi en 1890 la ponction fut pratiquée pour la première fois dans la péritonite tuberculeuse par M. Debove ; il la fit suivre d'un lavage du péritoine au moyen d'une injection de deux litres d'eau boricuée chaude, et il obtint ainsi la guérison de son malade. Cette méthode fut suivie et modifiée par différents auteurs ; Riva substitua au lavage du péritoine par des injections antiseptiques le lavage à l'eau stérilisée de 37° à 40°. Ce procédé fut employé aussi par Baylac puis par Caubet

qui en 1895, obtint la guérison au moyen d'une injection et d'un lavage avec dix litres d'eau stérilisée portée à la température de 46°.

En 1893 Rendu proposa l'emploi du naphtol camphré au dixième, il fut suivi dans cette voie par Catrin et Spillmann ; les résultats obtenus semblaient satisfaisants et même encourageants lorsqu'en 1895 M. Netter publia un cas de mort survenu chez un enfant à la suite de l'emploi du naphtol camphré. Bien que l'autopsie eût démontré que l'ascite dans ce cas était liée à une cirrhose du foie, M. Netter ne s'en éleva pas moins contre la pratique des injections modificatrices dans la péritonite tuberculeuse où le foie est toujours plus ou moins touché.

En 1892 Mosetig Moorhof préconisa la ponction suivie d'insufflation d'air stérilisé dans le péritoine, mais ce procédé fut surtout mis en pratique par Follet de Lille et Duran de Barcelone. D'autres auteurs substituèrent à l'air stérilisé l'oxygène et l'azote qui leur parurent supérieurs. Ces traitements par la ponction ou par les injections gazeuses ne pouvaient être considérés comme traitement de toute péritonite tuberculeuse, ils ne pouvaient s'appliquer qu'à une seule forme, à la forme ascitique avec un liquide libre dans la cavité péritonéale et simplement séreux. Or ces formes ne sont pas les plus nombreuses, souvent il y a des adhérences réunissant les anses intestinales entre elles ou avec la paroi ; dans ces cas il faudra craindre la blessure de l'intestin. Dans les formes fibre-caséeuses on ne peut prétendre évacuer chaque compartiment contenant de l'ascite et

dû au cloisonnement de la cavité par les néo-membranes. Les formes suppurées enkystées échappent de même à l'emploi de la ponction évacuatrice.

Nous venons d'exposer le traitement chirurgical, de voir les transformations qu'il a subies; nous terminerons son étude en citant l'opinion de Borchgrevink qui n'admet pas l'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse comme évidente, disant que la laparotomie, comme la ponction, ne supprime point l'épanchement séreux tant que les tubercules péritonéaux n'ont pas atteint un certain degré de guérison. En effet l'intervention dans les cas fébriles donnerait des résultats très inférieurs à l'intervention en pleine apyrexie. Sur 22 cas laparotomisés de forme ascitique séreuse rapportés par cet auteur, 11 étaient sans fièvre et 10 ont survécu, sur les 11 avec fièvre, 8 sont morts, tous avec une marche constamment fébrile après l'opération. Cet auteur en conclut que : « Les cas de tuberculose séreuse qui évoluent sans fièvre ou avec une fièvre légère se terminent d'eux-mêmes d'une façon favorable et dans ces cas la laparotomie est inutile; dans les formes progressives avec fièvre constante, la laparotomie est nuisible; elle est donc à rejeter dans tous les cas. »

Le traitement chirurgical subit encore de nouvelles attaques lorsque différents auteurs eurent vu des enfants guérir sans aucune intervention à l'hôpital, en soumettant simplement ceux-ci au traitement médical et en les faisant profiter après leur amélioration, comme après la laparotomie, du grand air et du repos. Deux cas des plus intéressants furent ceux publiés en 1897 par M. Tho-

mas dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* et qui se rapportent à l'emploi des lavements créosotés. Le premier de ces enfants âgé de 11 ans entre à l'hôpital le 1^{er} mars 1895 dans un mauvais état général et avec une péritonite fibro caséuse ; traité du 7 mars au 27 mai par les lavements créosotés (0 gr. 50 à 1 gr. 50 de créosote pour 150 gr. d'huile), l'état général s'amende, et le 25 juin l'enfant part à la campagne dans un état très satisfaisant, ayant engraisé ; le 12 août départ pour les bains de mer à Cannes où le malade fait une saison pendant l'hiver ; revu à Cannes le 2 mars 1896, l'enfant est déclaré guéri, il pèse 35 kilogrammes.

La deuxième est une fillette atteinte de pleurésie sèche et de péritonite tuberculeuse, elle pèse à son entrée à l'hôpital 17 kg. 800 ; traitée par les lavements créosotés elle s'améliore et le 1^{er} juillet part à la campagne, le 9 septembre elle pèse 21 kg. 500 et son séjour à la campagne a donné de bons résultats ; le 16 septembre elle part au bord de la mer à Cannes et continue à résider dans cette localité. Elle est considérée comme guérie.

De même en 1899 M. Comby rapporte un cas de guérison spontanée chez une fillette de onze ans atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique dont l'épanchement était complètement disparu un mois et demi après son entrée à l'hôpital et dont le traitement avait consisté en lavements créosotés. A propos de ce cas M. Comby rappelle que les grands épanchements se résorbent tout seuls pourvu qu'on ait la patience d'attendre, que la forme ascitique, qui donnait les plus

beaux succès opératoires au traitement par la laparotomie, par les ponctions suivies d'injections iodées, naphtolées, en guérissant spontanément, allait promettre des résultats merveilleux au traitement médical.

La connaissance de ces guérisons spontanées obtenues, bien que souvent l'intervention chirurgicale eût été conseillée, fit faire un grand pas au traitement purement médical. Les observations se multiplièrent et leur étude permit de jeter les bases d'un traitement des mieux compris.

Les formes aiguës furent traitées comme les péritonites aiguës ; glace sur le ventre, opium, diète hydrique ou lactée. Dans les formes chroniques on a recommandé comme traitement local l'application d'une cuirasse de collodion élastique qui immobilise jusqu'à un certain point la paroi abdominale et les organes sous-jacents. On fait précéder l'application de collodion d'un badigeonnage iodé de la paroi abdominale et la couche de collodion ne sera appliquée que lorsque la teinture d'iode sera bien sèche. Dans les formes fébriles, pour abaisser la température et calmer les douleurs, on se trouvait bien de badigeonnages de l'abdomen avec la solution d'alcool gaïacolé au cinquième ou avec l'huile gaïaculée au dixième.

Comme traitement interne on conseillait de ne pas abuser de la médication que les troubles gastro-intestinaux contre-indiquent d'ailleurs ; on s'efforçait de combattre surtout les symptômes alarmants. Contre l'amaigrissement et la faiblesse, on faisait intervenir l'huile de foie de morue et l'arsenic ; ce dernier était

administré par voie sous-cutanée, sous forme d'injections hypodermiques de cacodylate de soude ; pour combattre la déperdition des phosphates toujours assez grande chez les tuberculeux, on s'adressait au biphosphate de chaux en se servant de la formule suivante :

Biphosphate de chaux. 10 gr.

Acide chlorhydrique ou lactique. 3 gr.

Eau distillée. 300 gr.

et en donnant deux cuillerées à soupe par jour, une après chaque repas principal. On se servait encore pour relever les forces de la créosote employée suivant la méthode de Thomas, c'est-à-dire associée à la dose de 50 centigrammes à 150 grammes d'huile de foie de morue et donnée en lavements, ou bien du gaïacol en injections sous forme d'huile gaïacolée ainsi que l'a fait Leroux. Contre la diarrhée on préconisait les sels de bismuth ; la constipation était combattue par les lavements huileux ou glycéринés, par le calomel en pilules de 5 centigrammes.

L'établissement d'un régime alimentaire était regardé comme délicat, étant donnés les troubles intestinaux si fréquents dans la péritonite tuberculeuse. Les uns préconisaient le régime lacté absolu ; les autres, outre le lait comme boisson, y ajoutaient les œufs, le beurre, la viande crue. On appliquait la ration alimentaire du professeur Grancher :

Au premier déjeuner: deux à trois œufs à la coque.

Au deuxième déjeuner: cent grammes de viande crue râpée et réduite en pulpe.

Au diner : un potage féculent ou des bouillies au lait.

Comme boisson le lait cru ou bouilli si l'on n'était pas sûr de sa provenance.

Nous voyons donc que le traitement était le moins possible médicamenteux. Mais dans ces dernières années, la thérapeutique de la tuberculose a suivi une marche nouvelle. Aux nombreuses drogues employées jusqu'alors on a substitué le traitement hygiénique par l'air, le repos, l'alimentation. De toutes parts on préconise le séjour à la campagne, au bord de la mer. Ce dernier surtout déclaré encore par certains inefficace et même nuisible dans les tuberculoses viscérales semble donner des résultats convaincants. Nombre d'auteurs d'ailleurs étudient son action, préconisent son efficacité. M. Morain en 1898 insistait sur l'utilité du climat marin dans la lympho-sérofule, cette forme bâtarde de la tuberculose. M. Ménard en 1900, dans sa communication au Congrès de chirurgie, mettait en lumière les propriétés oxydantes de l'air marin révélées par la décoloration des cheveux, la pigmentation de la peau, l'oxydation des métaux. Les nouveaux arrivants au bord de la mer ressentent les premiers jours une sensation de bien-être spéciale due à la respiration d'un air pur. En restant trop longtemps sur la plage, ils éprouvent une certaine fatigue, une certaine pesanteur des membres. Avec l'augmentation de l'activité respiratoire coïncide une augmentation de l'appétit. Le visage se colore, le malade reprend de l'embonpoint, puis l'équilibre se rétablit et l'enfant n'augmente plus de poids.

M. Albert Robin étudie le climat marin au point de vue de la nutrition et s'exprime ainsi : « Le climat marin présente les caractéristiques suivantes : l'air est à son maximum de pureté et la pression barométrique est la plus élevée possible, les micro-organismes sont plus rares, la température ambiante est plus uniforme, les vents sont plus fréquents et plus violents, la lumière est plus intense, l'air paraît plus chargé en ozone, contient davantage de vapeur d'eau ; dans la zone limitrophe à la mer, l'air se charge, surtout par le mauvais temps, d'eau pulvérisée contenant des chlorures, des bromures et des iodures alcalins. » Le climat marin est donc constitué par des éléments dont la plupart sont excitants, ce sont les vents, la lumière, l'agitation de la mer, et peut-être l'ozone et les substances salines en suspension dans l'air.

Si nous étudions son action sur l'organisme, nous constatons que le climat marin augmente l'appétit, diminue tout d'abord puis augmente le poids du corps. Le cœur, la respiration se ralentissent, la puissance musculaire est augmentée, le nombre des hématies s'accroît. Les échanges généraux augmentent en bloc, l'utilisation du phosphore alimentaire est meilleure. Quand le climat marin détermine une stimulation des échanges organiques, celle-ci semble persister et tendre même à s'accroître avec le retour.

Lalesque étudiant quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la cure marine conclut en disant que l'ensemble des éléments du climat marin produit des effets de préservation, des

effets sédatifs, toniques, antiseptiques et que, loin de favoriser la généralisation de la tuberculose, la cure marine tend à l'atténuer, à la guérir.

Le traitement de la tuberculose évoluait donc nettement vers l'hygiène; le régime médicamenteux qui à lui seul n'avait pu arriver à bout de cette maladie allait recevoir un secours puissant. La cure à l'air, au repos, secondée par une alimentation appropriée, convenable, n'allait pas tarder à donner des résultats satisfaisants. Après les tuberculoses pulmonaires que l'on savait depuis longtemps atténuées, même guéries par ce traitement, on soumit à cette méthode les tuberculoses locales cutanées et osseuses. Les succès obtenus dépassèrent dans bien des cas les espérances. Aussi pourquoi la péritonite tuberculeuse qui, après tout, n'est qu'une localisation de la tuberculose au péritoine n'aurait-elle pas chance de guérir là où les autres tuberculoses s'amendent ?

D'ailleurs les premières observations de guérisons spontanées se rapportent à des enfants qui après la disparition de l'ascite et l'amélioration des symptômes furent envoyés à la campagne puis au bord de la mer pour activer et assurer leur guérison définitive. Les deux cas rapportés par M. Thomas nous montrent que, l'état général ayant été relevé par les lavements créosotés, les enfants ont bénéficié du séjour à la campagne, puis à la mer. De même, dans son observation publiée en 1899, M. Comby dit que l'enfant fut envoyé à Berek après la disparition de l'épanchement et revint

guéri sans que l'intervention chirurgicale conseillée eut été faite.

Jusqu'ici on n'avait encore envoyé au bord de la mer que des enfants étant déjà en voie de guérison et on ne les faisait profiter de la cure marine que pendant la convalescence ; on pensa alors à instituer celle-ci comme moyen curateur, et le cas de M. Leroux nous est une preuve de l'influence de l'air marin sur la marche de la péritonite tuberculeuse. Il s'agit d'une fillette atteinte de péritonite fibro-caséuse sans ascite et traitée par les injections d'huile gaïacolée et les lotions d'eau de mer chaude. Elle fut envoyée à la mer quand la température fut tombée ; elle prend chaque jour un bain de mer chaud et quatorze mois après elle revient complètement et définitivement guérie. M. Leroux admet deux conditions pour la guérison.

1° Que le traitement soit appliqué le plus tôt possible, dès le début de l'affection ;

2° Qu'il soit prolongé sans interruption jusqu'à guérison complète. A ce prix on aura des guérisons durables, et il conclut qu'il faut envoyer à la mer toutes les formes de tuberculose nettement localisées à l'abdomen sans généralisation ; les envoyer aussitôt que les accidents aigus présentent une période de calme. Sous l'influence du traitement marin joint à la cure d'air, de repos, de suralimentation, on obtiendra des résultats excellents et probablement supérieurs à ceux que donne l'intervention chirurgicale.

M. Comby cite, en 1902, trois observations d'enfants envoyés l'un à Berck pour une tuberculose péritonéale

et revenu guéri, le deuxième à Hendaye pour une forme fibro-caséeuse et guéri au retour, le troisième à la Roche-Guyon pour la même affection et guéri de même.

Dans l'article de M. Marino Castro sur la cure marine des tuberculoses chirurgicales nous trouvons l'observation d'une fillette de 3 ans, atteinte de tuberculose mésentérique et péritonéale, ayant subi la laparotomie avec résection de l'épiploon et destruction des adhérences, envoyée au bord de la mer à Mar Del Plata et qui revint définitivement guérie.

Nous avons pu relever les cas de péritonite tuberculeuse soignés à l'hôpital maritime de Berek-sur-Mer depuis 1895. Malheureusement ces cas sont peu nombreux et nous n'avons pu en retrouver que dix. Ces dix cas comprenant des formes légères et des formes graves ont donné des résultats excellents, neuf ont guéri, le dixième n'a pas été suivi plus d'un mois, l'enfant ayant été réclamé par ses parents.

Sur les neuf guérisons, il y avait trois cas légers présentant un peu d'ascite et pas de gâteaux péritonéaux sensibles à la palpation, un cas arrivé à Berek en voie de guérison, un autre ponctionné avant son départ et sorti guéri huit mois après son arrivée, enfin trois cas plus graves dont l'un compliqué de tuberculose du testicule, et un autre arrivé avec un état général très mauvais, et une ascite considérable qui s'était reproduite après la laparotomie.

Les conditions du traitement à Berek sont simples ; il comprend tout d'abord la cure à l'air et au repos.

Les enfants sont promenés sur la plage, exposés à l'air vivifiant toute la journée, dans des voitures en osier où ils sont complètement couchés ; si le temps est mauvais, l'exposition à l'air a lieu dans une des cours de l'hôpital regardant la mer, les enfants y sont abrités de la pluie par une toiture adossée à une muraille. Il est interdit aux enfants de marcher ; le repos, le malade étant couché, est de rigueur. Comme alimentation, le régime lacté absolu ; pas de suralimentation, l'appétit augmentant avec l'augmentation de l'activité respiratoire. M. Ménard ne conseille pas les bains de mer tant que l'enfant n'est pas en convalescence. L'emploi de moyens médicamenteux tels qu'injections de cacydylate ou d'huile gaïacolée n'est pas absolument nécessaire ; si la diarrhée survient on la combattra par les sels de bismuth, la tannalbine, et surtout par une rigueur encore plus grande dans l'alimentation.

Le traitement par la cure marine est indiqué d'après M. Ménard, lorsque la péritonite tuberculeuse n'est pas accompagnée d'autres manifestations bacillaires, telles que tuberculose pulmonaire, pleurale, ou de tuberculoses locales multiples, cutanées ou osseuses ; dans ces cas l'infection tendant à envahir tout l'organisme est combattue moins efficacement, et l'on peut s'exposer à des mécomptes. Toutefois nous avons vu dans la statistique précédente que l'un des malades avait en outre une tuberculose du testicule, de l'épididyme et du cordon du côté droit. M. Ménard est donc du même avis que M. Leroux, lorsque celui-ci déclare qu'il ne faut envoyer à la mer que toutes les formes de

tuberculose nettement localisées à l'abdomen sans généralisation.

Les hôpitaux maritimes commencent à recevoir des péritonites tuberculeuses, et nul doute que bientôt ces petits malades n'aient leur place acquise auprès de ceux qui bénéficient depuis longtemps des bienfaits de la cure marine.

A Berck-sur-Mer a été fondé en 1861 pour l'Assistance Publique de Paris un établissement pour recevoir les rachitiques, les scrofuleux, tous candidats plus ou moins désignés à la tuberculose. Cet hôpital qui au début contenait 100 lits n'en comprend pas moins de 800 maintenant, et il est encore trop petit pour pouvoir abriter tous les enfants qui chaque année viennent lui demander de les rendre plus forts et aptes à résister aux attaques de la tuberculose.

A Hendaye, l'Assistance Publique possède encore un hôpital bâti pour recevoir les enfants auxquels le climat de Berck ne convient pas, il comprend 200 lits ; depuis plusieurs années déjà il reçoit des enfants atteints de péritonite tuberculeuse. Sur le littoral de l'Atlantique il existe aussi d'autres stations maritimes qui peuvent être choisies comme lieu de séjour pour y effectuer la cure marine ; nous voulons citer Arcachon, Saint-Trojan, Banyuls-sur-Mer, Pen-Bron et nous ne doutons pas que les résultats n'y soient aussi bons qu'à Hendaye ou à Berck.

La cure marine n'a pas été seule préconisée, on a pensé aussi à profiter des bons effets de la cure d'altitude. La cure d'altitude tout comme la cure marine consiste en une cure d'air au repos. Là le

tuberculeux pourra profiter d'un climat sain caractérisé par le beau temps, le calme de l'atmosphère, l'absence de brouillards, la pureté et la sécheresse de l'air. C'est par suite un climat à action tonique et excitante, générale et locale. Sous l'influence de la raréfaction de l'air, la respiration est plus rapide, les inspirations augmentent d'amplitude, la circulation s'accélère, l'hématose se fait plus facilement et plus complètement, le nombre des hématies augmente. Cette action tonifiante est tout aussi heureuse au point de vue des phénomènes digestifs, l'appétit est meilleur, la digestion s'accélère. La cure d'altitude ne doit pas se faire à une hauteur dépassant de 800 à 1000 mètres.

En février dernier, MM. Nobécourt et Vitry ont recherché comment se comportait le liquide ascitique dans la péritonite tuberculeuse sous l'influence de l'hypo et de l'hyperchloruration. Dans les deux observations qu'ils ont citées, l'ascite diminue sous l'influence d'un régime très peu chloruré, alors que la rechloruration du régime détermine une augmentation du liquide et du poids. « Il ne s'ensuit pas de là, disent-ils, qu'il faille considérer la déchloruration comme un mode de traitement de l'ascite tuberculeuse. Les conditions multiples qui entrent en jeu, la possibilité d'une action mécanique ou anti-toxique favorable du liquide, le rôle que joue le chlorure de sodium dans la nutrition générale commandent d'expresses réserves à cet égard ; une déchloruration faite mal à propos peut ne pas être sans danger pour les tuberculeux. »

Telles sont dans leur ensemble les diverses métho-

des de traitement médical appliquées jusqu'à ce jour ; voyons quels en sont les résultats. Déjà dans la thèse de Boulland, nous trouvons un nombre assez considérable de guérisons. Une d'entre elles est particulièrement intéressante, c'est un cas de tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë traité par M. Bucquoy et qui guérit après deux saisons à Salies-de-Béarn.

En 1894, M. Alleaume, dans sa thèse, rapporte un cas de guérison complète de péritonite à forme fibro-caséeuse chez un enfant de huit ans envoyé à Salies-de-Béarn par M. Sevestre.

M. Comby a publié les observations prises dans son service et comprenant 14 cas traités médicalement. Il y a 10 guérisons et 4 décès se décomposant comme suit : 7 cas de forme ascitique avec 3 décès l'un par granulie, les 2 autres par phtisie pulmonaire, 7 cas de forme fibro-caséeuse avec 6 guérisons et 1 décès. Grange dans sa thèse sur le traitement médical de la péritonite tuberculeuse, rapporte 12 cas guéris médicalement, 3 à forme ascitique et 7 à forme fibro-caséeuse. M. Méry a observé plusieurs cas de guérison médicale de péritonite tuberculeuse, en particulier un garçon de 7 ans, ponctionné au mois de mars 1902 pour une ascite considérable et qui, revu en janvier 1903 présentait un état général parfait avec seulement un léger empatement, un peu de dureté au niveau du grand épiploon. L'enfant ne souffrait aucunement du ventre. Il existait en outre un abcès froid du cou-de-pied droit.

Nous-même avons cherché dans le service du profes-

seur Grancher aux Enfants-Malades les cas de péritonite tuberculeuse traités médicalement dans ces dernières années. Nous avons relevé 12 cas comprenant 7 cas à forme ascitique et 5 à forme fibro-caséuse. La forme ascitique donna pour ces 7 cas, 4 guérisons, 1 décès, les deux derniers enfants ont été réclamés par leurs parents avant la guérison, l'un en voie d'amélioration, l'autre dans un état grave, ils n'ont pu être suivis après leur sortie du service. Les 5 cas de forme fibro-caséuse ont donné 5 guérisons.

La plupart de ces enfants ont pu en outre jouir au cours de leur convalescence des bienfaits de la cure marine ou du séjour à la campagne, 3 sont allés à Berck, un à Hendaye, un à la Roche-Guyon.

Nous avons cité précédemment les 2 cas de M. Thomas traités par les lavements créosotés et qui eux aussi sont allés ensuite à la campagne et au bord de la mer; ainsi que le cas de M. Leroux où la guérison médicale a été obtenue dans une forme paraissant des plus graves. Dans la statistique que nous avons établie avec les cas traités à Berck-sur-Mer, nous avons vu que sur 10 péritonites tuberculeuses, il y avait eu 9 guérisons.

Nous avons cherché à savoir quels furent les résultats obtenus dans les différents sanatoria maritimes. Malheureusement, il est difficile d'y trouver des enfants atteints de tuberculose péritonéale, cette maladie ne faisant pas partie du cadre des affections traitées dans ces établissements, et les enfants atteints de cette maladie qui y sont admis ne l'étant qu'exceptionnellement et par dérogation au règlement.

A Saint-Trojan les archives ne font mention que de deux cas : un enfant convalescent de péritonite tuberculeuse améliorée par le séjour au bord de la mer, un autre dont l'état est resté stationnaire.

Le sanatorium de Banyuls-sur-Mer ne reçoit pas encore d'enfants atteints de péritonite tuberculeuse, et les observations cliniques prises depuis plusieurs années ne permettent de relever aucun cas de cette affection y ayant été en traitement.

Nous avons déjà cité deux cas de guérisons obtenus à Hendaye, l'un chez un enfant atteint de la forme fibro-caséuse et guéri au retour, l'autre dans la forme ascitique chronique.

Si nous recherchons à l'étranger les résultats du traitement médical, nous voyons qu'ils sont tous aussi heureux. Jacobi a vu guérir beaucoup de cas de péritonite tuberculeuse à la suite d'une bonne hygiène et de l'administration d'huile de foie de morue, de gaïacol ou d'arsenic. Koplik a vu d'assez nombreuses guérisons par le traitement médical. Cotton cite 3 ou 4 cas personnels de guérison par le même traitement. Castro cite un cas de péritonite tuberculeuse envoyé en convalescence à la mer après la laparotomie et revenu guéri à la fin de l'année suivante.

En Angleterre, Guthrie qui s'est attaché à combattre le traitement par la laparotomie publie dans les *Archives de Pédiatrie* de New-York 41 cas qu'il a traités à l'hôpital des Enfants de Paddington Green, 27 le furent médicalement et il y eut seulement 4 décès, ce qui donne environ 85 pour 100 de guérisons ; ces 4 décès

étaient dus : 3 à une péritonite septique par suite de perforation, 1 à l'extension de la tuberculose au poumon. Sutherland rapporte de même un grand nombre de guérisons médicales qui l'ont détourné du traitement chirurgical.

Borchgrevink, sur 22 cas traités médicalement, a vu 19 guérisons soit 80,8 pour 100. Dans 6 cas, la guérison dure depuis plus de deux ans. Le traitement chirurgical ne lui aurait donné que 65 à 70 pour 100 de succès.

La guérison médicale de la péritonite tuberculeuse est donc une chose regardée maintenant comme possible. Les nombreux faits publiés depuis plusieurs années ont montré qu'en appliquant convenablement et à temps la cure à l'air, au repos et en donnant une alimentation appropriée nous pouvions nous attaquer avec succès à cette forme de tuberculose. Ses différentes variétés deviennent curables, et la plus redoutable de toutes, la forme ulcéro-caséeuse a même donné des cas de guérisons après la production de fistules ombilicales. M. Landouzy en a publié un cas en 1891 ; en 1894 M. Marfan en signale un autre cas qui, après menace d'ouverture à l'ombilic, se termina par l'évacuation de la collection enkystée par l'intestin ; l'enfant put sortir du service à peu près complètement guéri.

Maintenant que nous connaissons les résultats obtenus par les différentes méthodes de traitement dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, nous allons essayer de les comparer pour en tirer s'il est possible les indications applicables à chaque forme et susceptibles de

donner les succès les plus nombreux et les plus constants.

Nous éliminerons tout d'abord les divers traitements au moyen de ponctions évacuatrices, traitements qui ne s'appliquant qu'à la forme ascitique libre ne permettent pas d'être employés dans tous les cas et qui du reste sont un moyen aveugle et infidèle.

Nous restons donc en présence de deux grandes méthodes : le traitement chirurgical et le traitement médical. Le traitement chirurgical, le premier qui ait donné des résultats éclatants et d'autant plus frappants que jusqu'alors cette maladie se terminait invariablement par la mort, eut des partisans enthousiastes et des défenseurs chaleureux. Puisque la péritonite tuberculeuse est une des premières manifestations de la maladie générale, pourquoi ne pas la traiter à l'instar d'un foyer de tuberculose locale externe ? Pourvu que le péritoine soit à peu près seul infecté et que l'intestin ne soit que légèrement atteint, on pourra espérer arrêter l'évolution de la maladie, relever l'état général et le rendre capable de lutter contre une infection secondaire. Aussi certains chirurgiens étaient-ils partisans systématiques de l'intervention chirurgicale faite le plus près possible du début de la maladie. Pour eux le temps passé à essayer le traitement médical était du temps perdu ; une fois le diagnostic bien établi, plus d'hésitations, d'ailleurs ne savait-on pas que même dans les cas rebelles à l'action chirurgicale, il résultait toujours de la simple laparotomie une diminution de la gravité des symptômes.

Rotch, Caillié déclaraient que l'immense majorité des cas ne peut guérir sans opération. Les statistiques publiées, il est vrai, semblaient leur donner raison ; ils confondaient trop souvent la guérison opératoire avec la guérison définitive, aussi lorsqu'ils s'avisèrent de revoir les malades un certain temps après la soi-disant guérison, ils s'aperçurent que les résultats n'étaient pas si brillants qu'ils avaient cru, et certains chirurgiens ne craignirent pas de déconseiller l'opération.

C'est pourquoi lorsqu'on eut observé de nombreux cas de guérisons spontanées obtenues sans intervention, un courant contraire se forma, et autant les uns avaient été ardents à déclarer le traitement médical inutile, même nuisible, autant les autres s'acharnèrent à refuser toute valeur au traitement chirurgical. Guthrie fut un de ceux qui ont combattu le plus fortement l'opération. « Je suis frappé, dit-il, de cette notion qui a prévalu jusqu'ici que seuls les chirurgiens sont capables de guérir cette maladie ; suivant eux le pronostic de la péritonite tuberculeuse, si l'on n'opère pas, est très grave, mais dépend cependant beaucoup de sa forme et de la présence ou de l'absence de complications. Il en résulte que si l'intervention chirurgicale a lieu, le pronostic devient bénin et que ceux qui n'appellent pas à leur aide un chirurgien ont tort, car ils continuent à se trouver en présence d'une affection grave alors qu'il peut facilement en être autrement. Si nous devons accepter à la lettre cette opinion, il ne serait plus possible de discuter sur les divers modes de traitement, puisque seul le traitement chirurgical serait

utile..... » et après avoir publié une statistique des plus favorables au traitement médical, tout à côté d'une autre où les résultats dus à la laparotomie ne sont que de 50 pour 100, il continue ainsi : « Je m'attends à ce qu'on m'objecte que les cas traités chirurgicalement étaient plus graves que les cas traités médicalement et qui guérissent ; on dira aussi que les enfants guéris par le traitement médical n'étaient peut-être pas tous atteints de péritonite tuberculeuse. Cependant on devrait se souvenir que le diagnostic est fait dans la plupart des cas par des médecins, et il semble un peu fort que seuls les cas soumis au chirurgien soient de véritables péritonites tuberculeuses, alors que ceux, où on ne fait pas appel à son secours, en seraient de fausses. » Pour cet auteur, la laparotomie est inutile dans les formes ascitiques ou fibro-caséuses, il ne reconnaît son utilité que dans les cas d'obstruction intestinale ou de suppuration. Jacobi croit que la laparotomie n'a jamais guéri un cas qui n'aurait pas guéri sans elle. De même Borchgrevink croit que la laparotomie n'est d'aucune utilité dans la péritonite tuberculeuse, il pense de plus, d'après ce qu'il a constaté, qu'elle est nuisible dans les formes fébriles.

A côté de ces deux opinions diamétralement opposées, il y avait place pour une troisième qui probablement était plus près de la vérité ; aussi plusieurs auteurs, faisant la part des exagérations inévitables au cours d'une lutte aussi ardente, admettent que les résultats obtenus par les deux modes de traitement sont à peu près équivalents ; nous devons cependant insister sur

ce fait qu'ils croient le traitement hygiénique peut-être un peu meilleur ; ils ne conseillent pas d'emblée le traitement chirurgical, mais sont toutefois d'avis d'intervenir par la laparotomie si le traitement hygiénique ne donne aucun résultat. Telle est l'opinion de Koplik qui donne 33 pour 100 de succès aux deux méthodes. Cassel bien que partisan du traitement chirurgical arrive à des conclusions identiques.

Nous avons vu plus haut que les partisans de la laparotomie ne pouvaient toutefois exclure du traitement de la péritonite tuberculeuse les bienfaits dus au traitement hygiénique. Ils opéraient d'abord, il est vrai, agissant comme dans une tuberculose locale ouverte, mais ils cherchaient ensuite à relever l'état général et comment cela, sinon en envoyant les enfants à l'air, à la lumière. Et leurs meilleurs succès, ils les obtenaient surtout dans les formes ascitiques ; or ces formes guérissent de même par le traitement médical, et les premières guérisons spontanées qui attirèrent l'attention des médecins étaient pour la plupart des ascites chroniques tuberculeuses bénignes de la seconde enfance. En présence de ces résultats aussi satisfaisants dans les deux méthodes, nous pouvons nous demander si le traitement chirurgical est le plus souvent utile, et s'il ne convient de faire la place plus grande au traitement médical. Puisque d'après les faits observés, la guérison dans la péritonite tuberculeuse peut être obtenue dans un grand nombre de cas par le traitement hygiénique, pourquoi s'exposer aux dangers d'une intervention toujours plus ou moins grave. Aussi pensons-nous, sui-

vant en cela l'exemple de M. Marfan et de M. Méry, que l'intervention chirurgicale systématique dès le début de la maladie doit être absolument rejetée.

Maintenant que nous avons discuté les résultats obtenus par la laparotomie et ceux du traitement médical, nous allons chercher à tirer de cette discussion les indications de l'un et de l'autre traitement dans les différentes formes de péritonite tuberculeuse.

La forme miliaire aiguë ou granulie péritonéale survenant au cours d'une granulie généralisée échappe par sa rapidité d'évolution et par son impossibilité d'être diagnostiquée à toute tentative de traitement soit médical, soit chirurgical. Nous devons en excepter toutefois la forme aiguë simulant l'appendicite ; elle a été traitée dans certains cas par la laparotomie mais le plus souvent s'est terminée par la mort. On pourra mettre en œuvre le traitement médical analogue à celui des péritonites aiguës, c'est-à-dire glace sur le ventre, opium et fragments de glace à l'intérieur, contre la douleur et les contractions intestinales, injections sous-cutanées de morphine.

La forme pleuro-péritonéale subaiguë sera soignée comme les formes suivantes, par le séjour à la campagne et les différents moyens médicaux.

Dans les formes ascitiques libres, nous avons vu en nous reportant aux statistiques les plus favorables à l'opération, que les résultats du traitement chirurgical n'étaient pas meilleurs que ceux du traitement médical. A la statistique de Legueu donnant 88 pour 100 de succès tant opératoires que définitifs, Guthrie oppose

la sienne qui donne plus de 85 pour 100 de guérisons toutes définitives. Le traitement hygiénique a pour lui une supériorité indéniable, il n'expose pas comme la laparotomie à la récédive de l'épanchement après évacuation par ouverture de la cavité péritonéale ; de plus il met de suite le malade en contact avec les agents curateurs physiques auxquels le chirurgien a recours pour mener à bien la guérison complète. D'ailleurs si l'évacuation de l'ascite devenait nécessaire, le médecin n'aurait qu'à recourir à la ponction sans crainte de blesser l'intestin ; toutefois cette évacuation ne pourra être faite qu'en dehors de la période fébrile. Pour toutes ces raisons nous pensons que le traitement médical l'emporte sur le traitement chirurgical dans cette variété de péritonite.

La forme fibro-caséreuse avec ou sans ascite est justifiable du traitement médical. Les résultats obtenus médicalement dans cette forme ont toujours été encourageants, et supérieurs à ceux obtenus par la laparotomie. Legueu a reconnu que la péritonite fibro-caséreuse se prête moins à l'intervention chirurgicale que la précédente ; plusieurs fois la guérison s'est fait attendre avec un reliquat de fistule stercorale. Jalaguier a nettement déconseillé l'opération, et il faut se rappeler que dans des cas désespérés, ne semblant pas devoir échapper à la laparotomie, les enfants atteints de péritonite fibro-caséreuse se sont bien trouvés du séjour dans un hôpital maritime. Aussi conseillons-nous d'essayer la cure marine dans cette forme ainsi que dans la précédente.

La forme fibro-adhésive, mode de guérison de la

péritonite tuberculeuse, échappe par cela même au traitement chirurgical. Il ne serait d'ailleurs d'aucune utilité, car on doit respecter les adhérences, et il n'y a là aucun liquide à évacuer.

C'est surtout dans les complications observées au cours de la péritonite tuberculeuse que le traitement chirurgical trouvera son emploi. Dans les formes fibro-caséuses ou ulcéro-caséuses, ce seront les collections purulentes enkystées, ou même généralisées; dans la forme fibro-adhésive pourra apparaître de l'occlusion intestinale. Les formes suppurées nous présentent à considérer différents cas : tout d'abord les formes suppurées à poches multiples, dans celles-ci l'opération n'est pas très indiquée, bien qu'elle ait pu être faite quelquefois ; le danger est dû à ce que la recherche et l'ouverture des poches peuvent amener une perforation des anses intestinales qui sont très friables. Les formes enkystées à poche unique et les formes suppurées généralisées sont surtout justiciables du traitement chirurgical ; les abcès péritonéaux formés au voisinage du foie, de la rate, du cœcum, dans le bassin, abcès qui contiennent du pus et des matières caséuses devront être ouverts le plus tôt possible. Si dans quelques cas ces poussées infectieuses peuvent se terminer par la résolution et guérir, le plus souvent elles aboutissent à la perforation d'un organe voisin, et à l'évacuation de l'abcès par cet organe, et laissent après elles des fistules donnant passage à des matières purulentes. Ces formes devront donc être soumises au chirurgien aussitôt qu'on pourra le faire. Toutefois dans

le cas de phlegmon péri-ombilical, il ne faut pas se hâter d'intervenir par l'incision car on a vu les symptômes s'amender et disparaître.

Les formes d'occlusion intestinale brusques soit par brides fibreuses, soit par coudure de l'intestin seront combattues par l'intervention chirurgicale qui le plus souvent sera indispensable. Lorsque l'occlusion est due à une agglutination des anses intestinales, l'opération est rarement suivie de succès. L'occlusion peut encore tenir à une paralysie intestinale, les matières fécales ne cheminent plus faute de contractilité de l'intestin, il faut alors recourir au traitement médical. Aussi conseillons-nous avant de faire appel au chirurgien d'essayer d'abord les lavages de l'estomac et de l'intestin, les lavements électriques.

Nous avons fini de comparer les résultats obtenus avec les différents traitements chirurgicaux et médicaux ; nous avons vu que toutes les formes de péritonites tuberculeuses échappaient au traitement chirurgical et que seules les complications survenant au cours de la maladie étaient passibles de la laparotomie. Il nous reste à étudier quelle est la meilleure manière d'appliquer le traitement médical ; à cet effet nous citons tout d'abord quelques observations de guérisons obtenues soit à l'hôpital, soit à la mer.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Service du Dr MÉRY).

P... Marguerite, fillette âgée de 15 ans, entre à la salle Parrot, aux Enfants-Malades, le 26 mars 1900, parce que depuis deux mois elle souffre du ventre, présente de la diarrhée et voit son abdomen augmenter progressivement de volume.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père est mort d'un cancer de l'estomac, sa mère de tuberculose pulmonaire ; elle a une sœur de 13 ans bien portante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — On ne peut avoir aucun renseignement précis sur sa première enfance ; cependant toute jeune elle a eu la rougeole. Elle a perdu ses parents de bonne heure et depuis l'âge de 9 ans elle est dans un orphelinat. Depuis cette époque elle a toujours eu une santé délicate ; sans tousser habituellement elle s'enrhume facilement. Elle a eu la scarlatine il y a quatre ans, et un érysipèle de la face en novembre 1899. Au mois de janvier 1900, abcès dans la région sous-maxillaire gauche ; cet abcès incisé avant l'entrée à l'hôpital n'est pas encore guéri.

A peu près à la même époque elle commence à présenter une diarrhée intermittente, à souffrir du ventre qui en même temps augmente de volume progressivement.

26 mars. — Actuellement la diarrhée est d'intensité moyenne (2 à 3 selles en 24 heures), les matières sont liquides, aqueuses, grisâtres, ne contiennent jamais de sang. L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes, elle ne vomit jamais.

L'abdomen est peu douloureux spontanément. Examinée debout cette enfant est plutôt petite pour son âge, elle présente un ventre dont le volume contraste avec la maigreur relative du thorax et des membres supérieurs. Son abdomen qui rappelle assez celui de la grossesse est très augmenté dans son diamètre antéro-postérieur, il pointe et tombe en avant. Il présente aussi sur la ligne médiane une très légère pigmentation.

A la palpation, le ventre qui est peu douloureux est dur, tendu ; à la percussion il donne un son tympanique, même dans les régions les plus inférieures.

Quand la malade se couche, son ventre s'affaisse notablement, en même temps il devient plus souple. Il conserve néanmoins une certaine résistance surtout dans la partie droite, mais on ne sent pas de gâteaux, il n'y a pas non plus de froissement péritonéal. La percussion donne partout un son tympanique. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate semble normale. La circulation veineuse superficielle n'est pas très développée.

La malade présente en outre des signes de tuberculose. Au sommet du poumon droit, submatité, augmentation des vibrations, respiration rude, exagération de la voix, pas de râles. En avant les signes sont moins marqués. La percussion donne un son d'une tonalité plus élevée à droite qu'à gauche. Il y a de l'amai-

grissement du grand pectoral. Les vibrations sont légèrement augmentées, la voix retentit à l'auscultation. Malgré tous ces phénomènes l'état général s'est relativement conservé.

On applique une couche de teinture d'iode qui est suivie d'une application de collodion sur l'abdomen. La malade prend 150 grammes de viande crue par jour, quelques œufs, des potages.

Le 10 avril. — La malade présente une diminution de volume du ventre qui est moins dur. Depuis son entrée la température n'a jamais dépassé 37°3 ; le pouls est bon à 90 ; le cœur est normal, les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La malade sort le 27 avril 1900, très améliorée. Cette enfant qui présentait une péritonite tuberculeuse avec très peu d'ascite sort avec un ventre souple, la palpation ne permet de sentir aucun empatement ; l'état général est bon, la malade mange bien et n'a pas de diarrhée ; elle a engraisé un peu. On trouve cependant toujours des signes de tuberculose pulmonaire mais moins accentués toutefois qu'à l'entrée.

Observation 2

(Service du Dr MÉRY).

Il s'agit d'une fillette, Renée P..., âgée de 4 ans et demi, amenée à l'hôpital pour une augmentation de volume du ventre.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père bien portant, mère bien portante ainsi que trois autres enfants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née à terme à Paris, élevée au sein maternel, sevrée à dix mois, marche à un an. Au mois de

janvier 1902, coqueluche ; en mars, varicelle ; diphtérie il y a un mois et demi ; bronchite depuis 15 jours.

3 juin 1902. — L'enfant est amaigrie et pâle, langue blanche, constipation, pas de vomissements, pas de douleurs d'estomac, l'appétit est conservé.

Ce qui frappe à l'inspection c'est l'augmentation énorme du ventre qui proémine en avant ; la peau est distendue, lisse et œdémateuse, la cicatrice ombilicale saillante, la peau qui l'entoure est rouge, la circulation veineuse collatérale est développée sur tout le ventre. A cause de la grande tension de la paroi, la palpation est difficile.

La percussion donne les renseignements suivants : le foie paraît augmenté de volume, il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt ; rien de précis du côté de la rate. La percussion du ventre donne une matité en forme de croissant à concavité supérieure à sa partie inférieure ; le reste de l'étendue du ventre présente du tympanisme qui descend plus bas à droite. Lorsqu'on déplace l'enfant, la matité ne se déplace pas, elle semble augmenter de surface du côté gauche.

Pas d'œdème des membres inférieurs, œdème des grandes lèvres surtout de la droite.

Rien de particulier du côté du cœur ; pouls à 110 pulsations par minute. Température 37°8. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Du côté du poumon, submatité aux deux bases en arrière ; petite toux sèche et courte. En avant sonorité bonne, respiration affaiblie à la base droite ; dyspnée, l'enfant pour respirer s'assoit dans son lit.

La malade présente donc une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

4 juin. — Selles grises comme du mastic. Sa mère revenue ce jour-là apprend à l'externe du service que depuis 2 ans, le ventre de l'enfant se ballonne par moments, qu'il reste ballonné de 2 à 3 jours, puis devient souple après application d'un cataplasme suivi d'une purge. Il y a une dizaine de jours le ventre a grossi encore, mais depuis il n'a pas diminué.

6 juin. — Le ventre est toujours aussi tendu ; au sommet gauche en avant on entend de nombreux râles humides.

27 juin. — Le ventre est plus souple, la rougeur siégeant autour de l'ombilic a disparu ainsi que l'œdème ; au palper on sent de l'empâtement à la partie inférieure du ventre.

5 juillet. — La légère amélioration constatée s'est maintenue, le ventre a un peu diminué de volume, l'ascite semble moins considérable. Les râles que l'on entendait à gauche ont à peu près disparu. L'enfant pèse 14 kilogrammes et a légèrement augmenté de poids depuis son entrée.

L'enfant est envoyée à Berck le 13 août 1902 avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, elle en revient le 12 mai 1903 étant guérie ; l'enfant a beaucoup augmenté de poids.

Nous avons revu cette fillette le 21 mars 1904 ; elle se porte très bien ; depuis son retour de Berck elle n'a jamais rien eu. Le ventre est très souple, on n'y sent ni empâtement, ni masses dures ; l'enfant va bien à la selle sans diarrhée, elle mange bien et ne toussé pas.

Observation 3

(Due à l'obligeance du Dr MÉNARD.)

C'est une fillette R... S... atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique qui fut opérée en février 1903. Peu de temps

après la laparotomie, reproduction de l'ascite, l'enfant maigrit considérablement, eut de la diarrhée et l'état général devint très mauvais, avec une fièvre aux environs de 38°; l'amaigrissement énorme du corps contrastait avec l'augmentation rapide du ventre. Malgré tous ces symptômes on décide l'envoi au bord de la mer; en fin février elle arrive à Berck-sur-Mer et l'on demande les soins du Dr Ménard. Elle est soumise au traitement des péritonites tuberculeuses, repos absolu, l'enfant est conduite à la plage couchée le jour dans une voiture, la nuit repos au lit dans une chambre très aérée. Régime lacté exclusif, les injections de cacodylate de soude commencées avant son arrivée sont continuées, comme traitement local une couche de collodion iodé.

Après un état stationnaire pendant 2 mois environ, une amélioration se produit, l'état général devient meilleur, l'enfant se colore, et augmente de poids. En juin 1903 elle pèse 24 kilogrammes alors qu'à son arrivée elle n'en pesait que 20.

Le ventre diminue de volume, reprend de la souplesse, l'ascite tend à diminuer et en décembre 1903, l'enfant revient chez elle, elle est considérée comme guérie. Nous l'avons revue dans le courant de mars, elle pèse 40 kilogrammes, ne présente plus aucun phénomène du côté du ventre, mange bien, commence à marcher. Cette enfant est guérie.

Observation 4

(Service du Dr MÉRY).

Il s'agit d'un enfant de six ans, Georges A .. qui entre à la salle Bouchut parce que son ventre a augmenté de volume

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère bien portante, le père vient de sortir de l'hôpital Cochin où il a été soigné pour une pleurésie avec phlébite. Il a beaucoup maigri et continue à tousser.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Né à terme, élevé au biberon jusqu'à deux ans. Rougeole à cinq mois ; il tousse toujours depuis sa première enfance avec quelques interruptions. L'année dernière il a passé trois mois à Forges, il mangeait beaucoup, mais depuis un certain temps il est pâle et n'a plus d'appétit.

L'enfant se plaint de temps en temps de douleurs de ventre ; mais n'a pas de diarrhée, ce n'est que depuis trois jours que la mère s'est aperçue de l'augmentation de volume du ventre. L'enfant est très lent et triste.

9 juin 1902. — L'abdomen est en ventre de batracien avec un peu d'œdème de la paroi que décèle la marque des plis de la chemise.

A la palpation le ventre est dur, la peau lisse, on a la sensation de flot très nette. A la percussion matité à concavité supérieure, si on modifie la position du malade ; la matité change de place : le liquide n'est pas enkysté.

Le foie et la rate sont normaux.

Dans la poitrine râles ronflants disséminés partout, souffle expiratoire dans la fosse interscapulaire ; submatité au sommet droit en avant.

On se trouve en présence d'une péritonite tuberculeuse chronique ascitique.

TRAITEMENT. — Viande crue, couche de collodion.

12 juin. — Le volume du ventre a diminué sous l'influence des applications de collodion iodé. L'enfant ne présente encore aucun trouble digestif. Température 38°.

Dans la poitrine la percussion ne donne aucune différence de

sonorité en avant. En arrière submatité à la base droite. A l'auscultation râles humides avec respiration rude.

20 juin. — L'état de l'enfant est stationnaire, son ventre ne diminue plus ; toujours pas de troubles digestifs.

Dans la poitrine les râles de bronchite ont disparu, la percussion révèle encore un peu de submatité à la base droite.

27 juin. — L'enfant a eu de la diarrhée, son ventre a augmenté de volume ; la palpation fait sentir le défaut de souplesse du ventre qui est tendu ; le liquide est toujours libre dans la cavité. L'appétit de l'enfant est faible, il mange peu. Température 37°5.

7 juillet. — Le ventre a de nouveau diminué de volume, il paraît un peu plus souple, mais autour de l'ombilic on sent de l'empatement et quelques frottements ; il y a encore un peu de diarrhée.

A la poitrine rien de particulier.

16 juillet. — Depuis un ou deux jours l'enfant présente un peu de fièvre et la température se maintient aux environs de 38°. A la percussion la matité du ventre est moins mobile ; on ne sent pas cependant de masses péritonéales ; la diarrhée a disparu, malgré l'état fébrile l'enfant mange mieux. Il a toutefois maigri depuis son entrée à l'hôpital.

1^{er} août. — La fièvre persiste ; le ventre n'est pas plus souple, il a peu diminué de volume, l'ascite est cependant moins considérable, on n'observe plus de matité dans les flancs. L'appétit est assez bon, la diarrhée n'est pas revenue.

A la poitrine toujours un peu de submatité à droite au sommet. L'enfant part à Berck le 10 septembre, bien que sa température soit toujours aux environs de 38° ; il est soumis au traitement, c'est-à-dire repos absolu au lit ou couché dans une

voiture et régime lacté. Il sort le 24 décembre 1902 en très bon état et considéré comme guéri. Nous avons revu cet enfant le 21 mars 1904, il est en bon état, le ventre est un peu gros, mais il est souple et l'on ne sent pas de gâteaux. L'enfant mange bien, il n'a pas de diarrhée, mais tousse un peu en ce moment.

Observation 5

(Communiquée par le docteur MÉNARD de Berck-sur-Mer).

C'est un enfant âgé de 7 ans et demi, T... Robert envoyé à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer pour une péritonite tuberculeuse fibro caséeuse.

A son entrée le 13 mars 1895 on constate que le testicule est tuméfié, doublé de volume, un peu dur, sans masses dures localisées; l'épididyme et l'extrémité inférieure du cordon forment une masse dure à petites bosselures plus grosse que le testicule. Cette masse épидидymaire remonte le long du cordon, se termine en pointe; le canal déférent à sa partie supérieure est augmenté de volume.

L'examen du ventre fait voir un abdomen ballonné, élargi de chaque côté, arrondi, la cicatrice ombilicale est légèrement soulevée. Au palper on trouve, dans la région sous-ombilicale, plusieurs petites masses dures, une spécialement immédiatement au-dessous de l'ombilic, à ce niveau submatité.

Dans la fosse iliaque et le flanc droits, masse dure épaisse occupant toute la région, la surface de cette masse est fixement bosselée, matité à sa surface.

Dans la fosse iliaque et le flanc gauches pas de masses semblables, cependant la sonorité est diminuée dans la région.

Groupe de ganglions sous-maxillaires gauches. Bon état général.

L'enfant est mis au régime lacté absolu, et soumis à la cure à l'air au repos, couché le jour dans une voiture en osier et exposé dans une cour regardant la mer.

25 avril 1895. — L'état général de l'enfant est toujours bon, il a augmenté de poids depuis son entrée, le ventre paraît un peu plus souple.

22 mai. — Bon état.

22 juin. — Le ventre a diminué de volume; la masse dure de la fosse iliaque droite n'est plus perceptible, mais les masses dures de l'ombilic sont toujours faciles à sentir.

11 décembre 1895. — L'enfant va tout à fait bien, il a doublé de poids depuis son entrée, le ventre est souple.

16 décembre 1895. — L'enfant sort guéri, le ventre est souple, il ne reste aucun noyau d'induration dans le péritoine sensible au palper.

Observation 6

(Docteur MÉRY).

Il s'agit d'un enfant, Daniel J..., âgé de 7 ans qui entre salle Bouchut pour une péritonite tuberculeuse.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES : mère bien portante, le père tousse souvent l'hiver, 3 autres enfants bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : né à terme, élevé au sein jusqu'à 18 mois. Rougeole à 3 ans.

En mars 1903, l'enfant a commencé à être malade, son ventre est devenu très gros ; l'enfant ne mangeait plus et mai-

grissait beaucoup, on ponctionne le ventre et on retire 5 litres de liquide. Après la ponction, l'état de l'enfant s'est amélioré un peu, mais il souffrait du ventre et vomissait fréquemment. Diarrhée presque constante.

Depuis février 1902, il existait une tuméfaction du cou-de-pied droit ; au mois de juin un médecin a pratiqué une ouverture, depuis ce temps, le pied a toujours suppuré.

5 janvier 1903. — L'état général semble très bon, l'embonpoint, la coloration du visage en témoignent ; il existe au niveau du cou-de-pied droit sur la face interne un trajet fistuleux d'origine osseuse.

Du côté du ventre à l'inspection, ni ballonnement, ni dépression.

A la palpation, la souplesse normale a disparu pour faire place à une sensation de dureté, de léger empâtement. Enfin, dans l'hypochondre gauche à la hauteur de l'ombilic, on trouve assez superficiellement des masses dures irrégulières plus empâtées et qui semblent être l'épiploon rétracté, très épais et induré ; on trouve d'ailleurs les mêmes sensations un peu diminuées au niveau de l'hypochondre droit.

Ces symptômes sont évidemment le résultat de la péritonite tuberculeuse ayant nécessité la ponction en mars 1902 et ayant subi le processus habituel de guérison par transformation fibreuse.

Du côté des sommets, on ne trouve absolument rien de suspect. L'enfant mange bien et ses fonctions digestives se font tout-à-fait normalement.

Il est revu à la fin de janvier par le Dr Méry qui constate un état général parfait, il présente seulement un léger empâtement,

un peu de dureté au niveau du grand épiploon, il ne souffre aucunement du ventre.

L'enfant part à Berck, le 11 mars 1903 pour son affection bacillaire du cou-de pied droit ; il n'est pas encore revenu.

Observation 7

(Service du Dr MÉRY).

La petite Suzanne B..., âgée de onze ans et demi entre à la salle Parrot parce qu'elle tousse.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort de pleurésie, mère bien portante ; deux frères et deux sœurs qui se portent bien.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née à terme ; rougeole à 3 ans, angine diphtérique à 4 ans ; depuis deux ans l'enfant tousse toujours et a de la diarrhée continuelle. Enfin elle a de l'incontinence d'urine nocturne.

16 février 1903. — A l'examen on constate la présence de ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires ; ni gros foie ni grosse rate. Diarrhée fétide, 5 à 6 selles avec masses blanchâtres semblables à du blanc d'œuf cuit. Système pileux développé sur le dos.

Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire.

21 février. — On constate une scoliose droite peu accentuée. Au poumon, souffle expiratoire au sommet gauche avec submatité dans l'espace interscapulaire. Le ventre est souple au palper.

6 mars. — Mêmes signes. Diarrhée, fièvre.

19 mars. — Diarrhée, fièvre. Le ventre est moins souple, pas d'empâtement.

21 mars. — Sous l'influence du bismuth, la diarrhée a cessé, mais la fétidité persiste. Mêmes signes au poumon en arrière et toujours rien en avant.

1^{er} avril. — La diarrhée semble disparue, ventre un peu ballonné, peu souple ; il existe toujours de la fièvre.

7 avril. — Toujours les mêmes signes stéthoscopiques ; respiration soufflante à gauche en haut. L'enfant a maigri. Le ventre présente toujours son défaut de souplesse ; il y a eu quelques douleurs vagues, pas de vomissements. La fièvre est toujours aux environs de 38°.

L'enfant part en avril à Berck avec un soupçon de péritonite tuberculeuse et de la tuberculose ganglionnaire. Elle revient en décembre 1903 ayant considérablement augmenté de poids, elle est bien portante.

Dans les sept observations que nous venons de citer, nous trouvons deux cas de guérisons obtenues à l'hôpital ; l'observation I nous présente une enfant très améliorée par le traitement médical, l'observation VI un malade qui fut guéri à l'hôpital sans opération autre qu'une ponction nécessitée par la quantité vraiment considérable de l'ascite (5 litres furent retirés). Les 5 autres observations se rapportent à des enfants qui ont été soumis à Berck au traitement par la cure marine, nous discuterons ces différents cas de façon à voir quels enseignements on peut en tirer.

Au cours de cette étude nous avons vu que le climat marin fut étudié par quelques auteurs. M. Albert Robin recherche son action sur la nutrition, Lalesque sur la tuberculose ; Morain insiste sur l'utilité de la cure marine

dans la lymphe-scrofule, M. Ménard met en lumière les propriétés oxydantes de l'air marin et étudie son action sur l'organisme des nouveaux arrivants. Les tuberculoses cutanées et osseuses étaient depuis un certain temps envoyées au bord de la mer, et l'on avait été frappé des excellents effets produits tant sur l'état général que sur l'affection locale des sujets. Pour la péritonite tuberculeuse quelques médecins appliquèrent le traitement par la cure marine. Nous avons cité le cas de M. Leroux envoyé à Antibes en 1901 et revenu guéri ; de même trois cas publiés par M. Comby envoyés à Berck ou à Hendaye : à propos des deux guérisons obtenues par M. Thomas, nous avons fait remarquer qu'une fois améliorés, les enfants avaient été soumis à l'influence heureuse d'une saison au bord de la mer à Cannes ; nous avons rappelé aussi que les chirurgiens eux-mêmes s'empressaient, après la guérison opératoire, d'envoyer à la mer les enfants opérés pour une tuberculose péritonéale. Les guérisons ainsi obtenues avaient fait dire à M. Leroux que toutes les péritonites tuberculeuses localisées à l'abdomen sans généralisation devaient être envoyées au bord de la mer le plus tôt possible et aussitôt que les accidents aigus présentaient une période de calme.

Les résultats que permet de constater cette manière d'agir furent concluants et les enfants purent profiter des bienfaits de la cure marine pendant leur convalescence ou après une amélioration marquée. L'observation II en est une preuve ; cette enfant envoyée à Berck après une légère amélioration y reste en traitement

pendant 9 mois et en revient complètement guérie et ayant notablement engraisé. Nous revoyons l'enfant dix mois après son retour et nous constatons que la guérison persiste, l'état général est toujours très bon ; dans les observations III, IV, et VII les résultats sont tout aussi bons, et les enfants que nous avons pu revoir ne présentent de même aucun phénomène du côté de leur péritoine et continuent à profiter du développement physique que leur a procuré la cure marine.

Ces enfants se présentent à la vue gros, potelés, leurs membres d'abord grêles ont fait place à des membres plus forts, leur corps nous fait voir un embonpoint inconnu chez eux jusqu'alors ; tout leur aspect respire la santé, la teinte naguère pâle de leur visage est remplacée par une coloration rosée, leur face s'est arrondie et présente de belles et grosses joues qui contrastent avec cette figure anémiée, tirée que l'enfant avait avant son départ. A leur retour les enfants sont pleins de vigueur et de force, ils jouent, sautent, crient et ne ressemblent plus à ces pauvres petits êtres maigres, faibles, tristes qu'ils étaient avant leur envoi au bord de la mer. Les lésions que présentait leur péritoine ont disparu, plus d'ascite, les gâteaux péritonéaux ne sont plus perceptibles, le ventre a repris sa souplesse première, et pour obtenir un résultat si appréciable quelques mois de cure marine ont suffi.

Mais ces observations nous sont d'un autre enseignement, elles nous montrent que ce ne sont pas seulement ceux atteints de tuberculose localisée au péritoine sans généralisation qui profitent d'un tel séjour. Les malades

des observations II, IV, V et VII présentaient en outre : deux une respiration diminuée au sommet du poumon et de la submatité aux bases, un une tuberculose testiculaire droite, le dernier une tuberculose ganglionnaire et de l'entérite probablement bacillaire. Ils n'en ont pas moins bénéficié de tous les avantages que procure la cure marine. Ils ont engraisé, leurs forces ont augmenté, les lésions tant péritonéales que pulmonaires, testiculaires ou ganglionnaires ont rétrocedé ; ces malades qui étaient partis dans un état ne faisant pas prévoir une guérison rapide n'ont séjourné que de 3 mois à 9 mois à Berck.

Trois de ceux-ci que nous avons retrouvés en mars 1904 sont toujours en excellent état ; nous voyons donc que les autres lésions n'ont pas empêché la guérison de la péritonite tuberculeuse ; elles-mêmes si dans certains cas elles n'ont pas guéri ont toutefois été améliorées, ont diminué d'intensité ; d'autre part la transformation heureuse qu'a subie l'état général, l'accroissement des forces permettent à l'enfant de lutter avec avantage contre l'infection secondaire, et nul doute que si le petit malade prolongeait son séjour à la mer il ne revienne définitivement guéri. En tout cas même avec ce retour prématuré il est plus facile au médecin de lutter contre les lésions pulmonaires ou autres chez cet enfant vigoureux, gras, capable d'opposer une résistance plus grande au processus tuberculeux que chez un enfant déjà anémié, amaigri et affaibli.

Il n'est pas non plus utile d'attendre une période de calme, une diminution dans l'intensité des accidents

aigus ; la fièvre de même n'est pas une contre-indication. Les médecins lorsqu'ils se trouvent en face d'un cas grave présentant de la fièvre, quelques vomissements, une diarrhée abondante, un amaigrissement rapide, hésitent, reculent devant l'envoi au bord de la mer ; ils cherchent à obtenir une amélioration passagère ou durable par les moyens médicaux : cacodylate, créosote, sels de bismuth, viande crue, avant d'employer la cure marine. Hésitation parfois fatale et contre laquelle nous ne saurions trop nous élever. L'observation IV nous est une preuve des résultats merveilleux que l'on peut attendre de la cure marine, même dans les cas très graves ; cette malade opérée une fois et chez qui l'ascite s'était reproduite présentait une assez forte fièvre, un amaigrissement considérable et une diarrhée continue ; elle semblait perdue ; en désespoir de cause devant le peu d'efficacité de tous les moyens médicamenteux et pour ne négliger aucun moyen de guérison, on s'adresse à la cure marine. Malgré la faiblesse extrême de l'enfant, on l'envoie à Berck et nous avons vu quel fut le résultat. La fièvre tombe, la diarrhée cesse, le ventre diminue de volume, l'ascite se résorbe, peu à peu l'appétit revient, en trois mois augmentation de poids de 4 kilogrammes ; huit mois après son arrivée à Berck, elle est déclarée guérie, et en mars moment où nous l'avons revue, c'est-à-dire 13 mois après le début de sa péritonite tuberculeuse elle pèse 40 kilogrammes alors qu'après son opération, au moment de son départ elle n'en pesait que 20. Son ventre est très souple, il n'y a pas de diarrhée.

Ce cas vraiment désespéré nous montre ce dont est capable la cure marine. L'enfant de l'observation VII fut aussi envoyée à Bereck avec une fièvre persistant depuis deux mois, la température se maintenant entre 38 degrés et 38' 5 ; elle est guérie de même. Dans l'observation IV il y avait aussi de la fièvre et la guérison est obtenue en trois mois et demi, il est vrai que l'enfant était un peu amélioré au moment de son départ.

Il ne faut donc pas hésiter et considérer la fièvre ainsi que le mauvais état général comme une opposition à l'emploi de la cure marine ; il n'est pas douteux que les enfants déjà améliorés guériront plus vite, mais il n'en est pas moins certain que les malades dont l'état est grave sont aussi bien que les premiers capables de guérir.

Il résulte donc de ce qui précède qu'il faut envoyer à la mer toutes les péritonites tuberculeuses, sans tenir compte des autres lésions bacillaires que peut présenter le malade et sans attendre une amélioration des accidents aigus ou la chute de la température.

Nous réclamons pour toute péritonite tuberculeuse chronique quelle que soit sa forme, ascitique, fibro-caséuse ou fibro-adhésive le droit au traitement par l'air marin, par la cure marine. Il faut bien se persuader que la cure marine est le traitement médical de choix pour cette affection, que rien ne peut la faire rejeter, qu'il n'y a que des succès à en attendre. Aussi pour arriver à un tel résultat, nous devons nous élever ici contre les règlements qui régissent les sanato-

ria marins. Si les hôpitaux maritimes de Berck-sur-Mer, de Hendaye qui dépendent de l'Assistance Publique de Paris, reçoivent des enfants atteints de péritonite tuberculeuse, ce n'est qu'en petite quantité ; nous voudrions y voir envoyer tous les enfants considérés comme tels, quelle que fut la gravité de leur état.

Mais les autres établissements hospitaliers maritimes sont fermés à cette affection. Les sanatoria marins de Saint-Trojan, de Banyuls-sur-Mer, de Pen-Bron et quelques autres encore, ne peuvent, nous l'avons dit, recevoir de péritonite tuberculeuse. Le règlement ne comprend pas cette maladie dans le cadre des affections qui doivent être traitées dans ces établissements ; d'ailleurs ce règlement n'est que l'application de l'opinion courante qui fait regarder d'une façon générale toutes les tuberculoses viscérales comme une contre-indication formelle au séjour dans les hôpitaux marins, et les rendent tributaires des sanatoria de phthisiques.

En présence des résultats merveilleux obtenus aussi bien à Berck qu'à Hendaye, il nous semble qu'il est temps de réagir contre cette opinion erronée qui enlève aux tuberculoses viscérales le bénéfice de la cure marine et les prive d'un moyen de guérison supérieur à tous ceux essayés jusqu'ici. Que tous les médecins appelés à soigner des péritonites tuberculeuses se souviennent des excellents résultats signalés jusqu'ici et ne craignent pas de soumettre leurs malades à l'action de l'air marin. Il supprime l'emploi des moyens médicaux tels que l'arsenic, la créosote, les phosphates ; à lui seul, il relève l'organisme, il apporte au malade son air

exempt de micro-organismes, son ozone, ses chlorures, ses bromures, ses iodures alcalins ; par l'excitation qu'il procure, il augmente l'appétit et le poids du corps, il stimule les échanges organiques, il accroît la puissance musculaire et réveille la nutrition jusqu'alors endormie. Quel médicament, si merveilleux soit-il, produirait tout cela ? Non, non, le climat marin ne doit pas être considéré comme nuisible dans les tuberculoses viscérales, dans la péritonite tuberculeuse notamment. Tous les résultats obtenus jusque maintenant sont une preuve du contraire.

Envoyez donc les péritonites tuberculeuses à Berc-sur-Mer, à Pen-Bron, à Saint-Trojan, à Banyuls-sur-Mer, à Arcachon, à Hendaye, à Cannes, à Antibes, mettez-les en contact avec l'air marin renommé par la pureté de son atmosphère, sa stabilité thermique et hygrométrique et vous verrez des guérisons inattendues que vous n'auriez jamais espérées. N'invoquez plus la gravité de la maladie, la présence de la fièvre, des accidents aigus pour retarder l'envoi au bord de la mer, ne vous appuyez plus sur l'opinion trop répandue qui fait regarder la cure marine comme nuisible dans les affections tuberculeuses, souvenez-vous plutôt de l'opinion de Lalesque « la cure marine loin de favoriser la généralisation de la tuberculose tend à l'atténuer, à la guérir » et envoyez vos malades atteints de péritonite tuberculeuse chronique recueillir à la mer les bienfaits de la cure marine.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude, après avoir fait l'historique de la péritonite tuberculeuse nous avons étudié les différentes formes de cette affection, puis nous avons passé en revue les diverses méthodes proposées pour le traitement de cette maladie. Nous avons indiqué en quoi consistait le traitement chirurgical et les résultats qu'on lui devait.

Nous sommes alors arrivé au traitement médical, nous avons dit sur quoi il reposait, comment il fallait l'appliquer, nous avons vu les succès qu'on était en droit d'en attendre et fait la comparaison des guérisons obtenues tant avec ce traitement qu'avec la laparotomie ; il nous reste à en tirer les conclusions suivantes :

Dans les formes aiguës la marche de l'affection ne permet d'appliquer aucun mode de traitement utile.

Dans la forme ascitique le traitement médical est préférable au traitement chirurgical.

Le traitement de la forme fibro-caséeuse sans com-

plications doit être purement médical ainsi que celui de la forme fibro-adhésive.

Le traitement chirurgical est indiqué dans les formes suppurées généralisées de même que dans les formes enkystées uniloculaires.

De même l'occlusion intestinale au cours des formes fibro-caséeuses et fibro-adhésives est justiciable de la laparotomie.

Le traitement médical est donc le traitement de choix dans la péritonite tuberculeuse, sauf dans les complications signalées plus haut.

La base de ce traitement médical est la cure marine.

Les enfants passent leurs journées exposés à l'air marin sur la plage, couchés dans de petites voitures, leurs nuits au lit dans des salles aérées, tournées vers la mer. Comme alimentation le régime lacté absolu ou mixte.

La cure marine doit être appliquée dès le début de la péritonite tuberculeuse chronique ; les formes graves ne sont pas une contre-indication à son emploi.

Les péritonites tuberculeuses compliquées de tuberculose ganglionnaire, pulmonaire, cutanée ou osseuse, articulaire sont aussi justiciables de l'envoi au bord de la mer.

La fièvre persistante au cours de la maladie, le mauvais état général, la diarrhée continue ne sont pas le plus souvent opposés à la cure marine et ne doivent pas faire différer le départ.

Nous ne doutons pas qu'en appliquant rigoureusement la cure marine les résultats ne continuent à con-

firmer ceux déjà obtenus et que d'ici peu le traitement chirurgical ne soit plus qu'un traitement d'exception dans la péritonite tuberculeuse chronique chez l'enfant, la laparotomie laissant le champ complètement libre au traitement médical par la cure marine.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Aldibert.** — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse étudiée plus spécialement chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1892.
- Alleaume.** — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse, pronostic et traitement. *Thèse Paris*, 1893.
- Baylac.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse suivie du lavage avec de l'eau stérilisée chaude, *XIII^e Congr. intern. de chirurgie*, 1900.
- Bossart.** — Péritonite chez l'enfant. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885, page 490.
- Boulland.** — De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement. *Thèse Paris*, 1885.
- Castro.** — Cure marine des tuberculoses chirurgicales. *Gazette des Eaux*, N^{os} 2326, 2327.
- Catrin.** — Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. *Société médicale des hôpitaux*, 3 juin 1895.
- Caubet.** — Un cas de guérison de péritonite tuberculeuse par le lavage de la cavité péritonéale à l'eau stérilisée chaude. *Société médicale des hôpitaux*, 20 décembre 1895.
- Comby.** — Tuberculose péritonéale à forme ascitique, guérison spontanée. *Archives de médecine des Enfants*, 1899, page 726.
- Traitement de la péritonite tuberculeuse. *Gazette des maladies infantiles* 1902, n^o 52.
- Debove.** — Traitement médical de la péritonite tuberculeuse ; *Société Médicale des hôpitaux*, 10 octobre 1890.

- Dupaquier. — Traitement de la péritonite par la laparotomie. *Thèse Paris*, 1885.
- Follet. — Insufflation dans la péritonite tuberculeuse. *Académie de médecine*, 1894.
- Grange. — Du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1902.
- Grisolle. — Péritonite tuberculeuse ; *Pathologie interne*.
- Guignabert. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphthol camphré. *Thèse Paris*, 1893.
- Guinard. — Traitement chirurgical de la tuberculose péritonéale. *Méd. mod. Paris*, 1898 (novembre).
- Guthrie. — The medical treatment of tuberculous peritonitis in children. *Archives pédiatrie New-York*, 1903.
- Jalaguier. — Traité de chirurgie, 1898.
- Koenig. — *Centralblatt für chir.*, 1884, n° 6.
- Lalesque. — Effets de la cure marine. *Gazette des Eaux*, 1903.
- Laroche. — Comment traiter la péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*. 1900.
- Legueu. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Semaine médicale*, 1894, p. 65.
- Lejars. — Occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse. *Gazette des hôpitaux*, 1881, n° 42.
- Lenoir. — Des insufflations d'air dans le traitement des péritonites tuberculeuses. *Thèse Lille*, 1895.
- Leroux. — La cure marine de la péritonite tuberculeuse. *Gazette des Eaux*, juillet 1903.
- Marfan. — La péritonite tuberculeuse chez les enfants. *Presse médicale*, 1894.
- Maurange. — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1889.
- Méry. — Péritonite tuberculeuse. *Traité des maladies de l'enfance*, 1903.
- Monti. — Valeur thérapeutique de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Arch. für Kind.* 1897.
- Mosetig Moorhof. — *Wiener Med. Presse*, 1^{er} janvier 1891, 2 juillet 1893.
- Netter. — Danger des injections de naphthol camphré, dans les cavités séreuses, un cas de mort. *Société médicale des hôpitaux*, 10 mai 1895.
- Omnès. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Thèse Paris*, 1899.

- Pérou.** — Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre. *Thèse Paris*, 1895.
- Régnard.** — La cure d'altitude, 1897.
- Rendu.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphthol camphré. *Société médicale des hôpitaux*, 3 mai 1895.
- Riva.** — Archives italiennes de clinique médicale, 1891.
- Robin et Binet.** — Le climat marin *Gazette des Eaux*, 1903.
- Routier.** — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Méd. médical*, 1895, n° 15.
- Schwartz.** — De la péritonite tuberculeuse sèche. *Semaine médicale*, 1892.
- Spencer Wells.** — Tumeurs de l'ovaire, 1883.
- Spillmann.** — Péritonite tuberculeuse chez un enfant de 13 ans. *Société médicale des hôpitaux*, 27 juillet 1894.
- Sutherland.** — The prognosis of tuberculous peritonitis in children *Archives Pédiatrie New-York*, 1903.
- Terrien.** — Péritonite tuberculeuse chez l'enfant.
- Thomas.** — Note sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par les lavements créosotés. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1897.
- Variot.** — Péritonite tuberculeuse, sa curabilité. *Journal de Clinique infantile*, n° 1.
- Nobécourt et Vitry.** — Variations de l'ascite dans la péritonite tuberculeuse sous l'influence du régime déchloruré. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, février 1904.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	7
Historique	9
Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse	12
Traitement de la péritonite tuberculeuse	25
Observations.	59
Conclusions.	79
Bibliographie	83

